

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
Distretto Ospedaliero TP 1

VIA COSENZA, 82 – 91016 ERICE
TEL.(0923) 809111 - FAX (0923) 568805
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

MANUALE QUALITÀ

Presidio Ospedaliero S. Antonio Abate di Trapani

Unità Operativa

MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

INDICE

PRESENTAZIONE DEL MANUALE

Generalità

Il presente "MANUALE per l'ACCREDITAMENTO" redatto dall'Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.) dell'ASP – Trapani, Distretto Ospedaliero TP1, Presidio Ospedaliero "*S. Antonio Abate*", rappresenta il modello per l'attuazione del processo di Accreditamento nella Regione Siciliana e descrive il Sistema Qualità implementato nella Unità Operativa.

Lo scopo del presente manuale è quello di stabilire e documentare l'organizzazione, le funzioni ed i servizi erogati dalla Unità Operativa, finalizzandole a dimostrare la capacità di fornire con regolarità servizi che rispondono a quanto richiesto:

- dagli obiettivi aziendali
- dalle normative vigenti e cogenti
- dall'utenza.

Nel Manuale sono descritte le modalità operative seguite per le attività tecniche e gestionali che influenzano direttamente o indirettamente la qualità dei servizi forniti, richiamando le eventuali procedure utilizzate.

La struttura del manuale è stata progettata in maniera tale da poter essere modificata nelle sue componenti in un'ottica di miglioramento continuo della Qualità dei servizi erogati, con l'obiettivo di accrescere la soddisfazione degli utenti.

Il campo di applicazione è riferibile ai requisiti presenti nella normativa relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie (Nazionali: D.Lgs n°502/92, D.Lgs n°517/93, L. n°549/95, PSN 1994-96, DPR 14 Gennaio 1997, PSN 1998-2000, D.Lgs n°229/99). Regionali: Decreto Regione Sicilia n° 890 del 17 Giugno 2002, Circolare Assessoriale n°1097 del 27 Novembre 2002, Circolare Assessoriale n°1099 del 22 Gennaio 2003, Decreto Regione Sicilia n°463 del 17 Aprile 2003).

ORGANIZZAZIONE DEL PRESENTE MANUALE

Per facilitare la gestione della documentazione relativamente al suo aggiornamento e per prevenire l'utilizzo di documentazione superata, la parte seguente del manuale è stata organizzata in modo tale da riportare una sintetica descrizione dei principali elementi che lo compongono, rimandando la trattazione delle specifiche tecniche di gestione a documenti allegati (procedure gestionali, linee guida e/o modulistica operativa).

Nel caso dovessero essere utilizzate particolari (ed estese) procedure gestionali, con la stessa metodologia, verrà fatto riferimento alla modulistica necessaria per il controllo del processo.

Allo scopo di ridurre quanto più possibile l'utilizzo della documentazione di tipo cartaceo, laddove ritenuto idoneo, verranno gradualmente introdotti documenti in formato elettronico (compreso il presente manuale).

TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI DEL MANUALE

Nella tabella di seguito esposta vengono riportate le modifiche subite dal presente manuale e le revisioni adottate con la data di emissione. Lo stesso metodo verrà utilizzato per tutti gli altri documenti compresi o citati nel manuale stesso.

TAVOLA DELLE REVISIONI DEL MANUALE

Codice Revisione:	Specifiche Revisione		Modifiche effettuate
A_04	Redatta da:	Dott. Scuderi	Edizione Originale
	In data:	30-06-2004	
	Approvata da:	R.S.Q. aziendale Direzione Generale	
	In data:	30-06-2004	
A_05	Redatta da:	Dott. Scuderi	Revisione
	In data:	30-06-2005	
	Approvata da:	R.S.Q. aziendale Direzione Generale	
	In data:	30-06-2005	
A_07	Redatta da:	Dott. Scuderi	Revisione
	In data:	30/11/2007	
	Approvata da:	R.S.Q. aziendale Direzione Generale	
	In data:	dicembre 2007	
A_09	Redatta da:	Dott. Scuderi	Revisione
	In data:	30/06/2009	
	Approvata da:	R.S.Q. aziendale Direzione Generale	
	In data:	30/07/2009	
B_09	Redatta da:	Dott. M.G. Di Martino	Revisione (organigramma)
	In data:	30/11/2009	
	Approvata da:	R.S.Q. aziendale Direzione Generale	
	In data:	11/12/2009	

A-10	REDATTA DA: VERIFICATA DA	Dott.ssa Pollina Dott. Di Martino	Revisione
	IN DATA:	29-10-2010	
	APPROVATA DA:	RSGQ aziendale Dott.ssa Maria Anelli	
	IN DATA:	17/01/2011	
A-11	REDATTA DA: VERIFICATA DA IN DATA: APPROVATA DA: IN DATA:	DOTT.SSA POLLINA DOTT. DI MARTINO 9-9-2011	Revisione

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

I documenti utilizzati nel presente manuale, come descrittivi dell'organizzazione e delle attività svolte, devono essere codificati in maniera da poterli identificare correttamente ed in modo tale da prevenire l'uso di documenti obsoleti.

E.1 – La codifica dei documenti utilizzati

Tutti i documenti necessari per la corretta gestione dell'organizzazione e della attività svolte dovranno essere codificati prendendo in considerazione gli aspetti riportati nella seguente tabella (i documenti sono classificati in ordine gerarchico, in relazione alla loro importanza:

TIPO DOCUMENTO:	**Manuale della UO**
SIGLA:	MAN Il codice è letterale ed è composto da 3 lettere.
DESCRIZIONE:	Documento che raccoglie le principali indicazioni circa la gestione delle attività od il riferimento alle stesse, contenendo inoltre i richiami allo scopo e campo di applicazione, riferimenti normativi e le modalità di gestione di tutta la documentazione.
REVISIONI:	Il manuale può essere rivisto per migliorie, le revisioni vengono indicate con un codice alfanumerico a 4 caratteri di cui il primo è una lettera (**A**, **B**, **C**, **D**, **E**) seguita dal carattere "_" underscore e dalle ultime due cifre dell'anno in cui la modifica è effettuata (**04**=2004, **05**=2005, …). La modifica di un documento richiamato nel manuale NON comporta la revisione del manuale stesso. E' possibile effettuare fino a 4 modifiche l'anno oltre l'edizione originale, dopo di che si inizia di nuovo dalla lettera A unita alle cifre dell'anno successivo. ESEMPIO di UTILIZZO del CODICE: -edizione originale dell'anno 2004 : **A_04** -prima revisione anno 2004: **B_04** -seconda revisione anno 2004: **C_04** -terza revisione anno 2004: **D_04** -quarta revisione anno 2004: **E_04** -edizione originale anno 2005: **A_05**

TIPO DOCUMENTO:	**Procedure/Linee Guida/Protocolli**	
SIGLA:	PRC_xxx	Questo tipo di documento viene identificato da un codice alfanumerico a 7 caratteri di cui i primi 3 sono letterali (PRC) e separati col carattere underscore dagli ultimi 3 caratteri che sono invece numerici che servono ad identificare quella e solo quella procedura/linea guida/protocollo (001, 002, …). Quindi se abbiamo 3 procedure i codici saranno: PRC_001, PRC_002, PRC_003.
DESCRIZIONE:	Documenti che raccolgono una serie di operazioni specifiche e sequenziali per l'espletamento di una attività, rappresentabili con un diagramma di flusso che preveda l'utilizzo di Elementi in INGRESSO che, subendo un processo lavorativo (flusso di operazioni) danno luogo ad Elementi in USCITA. Durante il corso delle operazioni dovranno inoltre essere specificate le risorse necessarie (tecniche ed umane) ed il grado di competenza necessario. Gli elementi in ingresso ed in uscita dovranno avere anche e rispettivamente una ORIGINE ed una DESTINAZIONE. Per un efficace funzionalità dovranno essere individuati, durante il flusso di operazioni, dei PUNTI DI CONTROLLO del processo in maniera tale che, tramite l'utilizzo di una modulistica appropriata sia possibile verificare la corretta funzionalità del processo stesso.	
REVISIONI:	Per le revisioni si applica lo stesso metodo utilizzato per MAN.	

TIPO DOCUMENTO:	**Modulistica allegata al MANUALE della UO**	
SIGLA:	MAN_xxx	Questo tipo di documento viene identificato da un codice alfanumerico a 7 caratteri di cui i primi 3 sono letterali (MAN) riferiti alla loro appartenenza diretta al Manuale della UO, separati col carattere underscore dagli ultimi 3 caratteri che sono invece numerici che servono ad identificare quello e solo quel modulo allegato al Manuale della UO (001, 002, …). Quindi se abbiamo 3 moduli allegati al manuale della UO i codici saranno: MAN_001, MAN_002, MAN_003.
DESCRIZIONE:	Documenti che servono alla raccolta e/o visualizzazione di informazioni legate alla gestione di aspetti operativi relativi al Manuale della UO.	
REVISIONI:	Per le revisioni si applica lo stesso metodo utilizzato per MAN.	

TIPO DOCUMENTO:	**Modulistica allegata alle Procedure/Linee Guida/Protocolli**	
SIGLA:	xxx_yyy	Questo tipo di documento viene identificato da un codice alfanumerico a 7 caratteri di cui i primi 3 sono numerici (xxx) riferiti alla Procedura/Linea Guida/Protocollo di appartenenza, separati col carattere underscore dagli ultimi 3 caratteri (anch'essi numerici) che servono ad identificare quello e solo quel modulo allegato alla Procedura/Linea Guida/Protocollo (001, 002, …). Quindi se abbiamo 3 moduli allegati alla Procedura/Linea Guida/Protocollo di codice PRC_001, i codici saranno: 001_001, 001_002, 001_003.

DESCRIZIONE:	Documenti che servono alla raccolta e/o visualizzazione di informazioni legate alla gestione di aspetti operativi relativi ad una Procedura/Linea Guida/Protocollo e/o al loro controllo.
REVISIONI:	Per le revisioni si applica lo stesso metodo utilizzato per MAN.

PROCESSI ED ATTIVITÀ COMPRESE NEL PRESENTE MANUALE

1 – ORGANIGRAMMA DELLA UNITÀ OPERATIVA

E' stata riprodotta una rappresentazione grafica delle posizioni organizzative interne all'U.O., con l'evidenziazione dei relativi rapporti funzionali. E' stato compilato riportando in ogni casella la posizione organizzativa, il cognome e l'iniziale del nome o il nome dell'operatore che in quel momento la ricopre.

2 – FUNZIONIGRAMMA DELLA UNITÀ OPERATIVA

Definisce le funzioni effettivamente espletate da ciascuna posizione funzionale in maniera più analitica rispetto all'organigramma.

Con la voce *"interfaccia a monte"* si intendono le figure professionali gerarchicamente superiori; con la voce *"interfaccia a valle"* si intendono le figure professionali gerarchicamente subordinate; con la voce "rapporto funzionale" si intendono le figure professionali complementari e paritarie.

Con la voce *"ruolo professionale"* si intende specificare la qualifica dell'operatore; con la voce "finalità del ruolo" si indicano gli obiettivi generali del ruolo; con la voce *"competenze necessarie"* si indicano le specifiche azioni individuate per ciascuna qualifica professionale, con la voce *"competenze da acquisire o sviluppare"* si indicano le gli ambiti formativi per il miglioramento dell'operatore.

3 – PRESTAZIONI EROGATE

Le prestazioni erogate dalla Unità Operativa sono riferibili a:

1) Attività di RICOVERO (programmato e/o in urgenza)
2) Attività di DAY HOSPITAL
3) Prestazioni a pazienti con patologia a carattere di urgenza – emergenza, trattabili senza ricorso al ricovero

4 – PIANI DI ATTIVITÀ

In relazione a tale voce si è fatto riferimento alle schede di budget negoziate.

Vengono riportati gli obiettivi negoziati, gli indicatori e le risorse assegnate, specificando ulteriormente le azioni da intraprendere per raggiungere ciascun obiettivo.

5 – LINEE GUIDA E PROTOCOLLI ADOTTATI

Sono stati indicati le linee guida e i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati nell'unità operativa.

Per quanto riguarda i protocolli organizzativi sono stati inseriti solo quelli specifici dell'U.O.

Note

I documenti di riferimento, se non richiesti in allegato alla domanda di accreditamento, costituiscono la ulteriore documentazione che deve essere a disposizione durante la visita di verifica. Tali documenti devono riportare in modo puntuale (indicando ad esempio il Capitolo/Paragrafo e la pagina del presente manuale) il riferimento al requisito generale di cui documentano l'evidenza. A sua volta, sul manuale si deve fare riferimento al documento, secondo la codifica sopra esposta.

CAPITOLO 1 - POLITICA

La Mission

Il territorio di riferimento, su cui insiste l'U.O. di MCAU dell'Ospedale di Trapani è rappresentato dai comuni di Trapani , Buseto Palizzolo, Custonaci, Erice, Favignana, Paceco, San Vito lo Capo, Valderice. Il Pronto Soccorso rappresenta il punto di riferimento per i P.T..E. del territorio del Dipartimento Ospedaliero TP-1.

L'U.O. di MCAU è costituito da cinque servizi: Pronto Soccorso con funzione di triage, Osservazione Breve Intensiva, Accettazione Sanitaria, Servizio Ambulanze, Medicina d'urgenza.

Pronto Soccorso: è l'unità operativa deputata alla gestione dell'urgenza-emergenza sanitaria che giunge all'ospedale dal territorio h24;

Accettazione Sanitaria: servizio rivolto alla programmazione ed esecuzione dei ricoveri non urgenti;

O.B.I.: servizio deputato all'assistenza ed allo studio semi intensivo per i pazienti, nell'attesa che venga stabilita la necessità del ricovero.

Servizio ambulanze: trasporto secondario.

Medicina d'Urgenza: sono stati previsti dall'Assessorato Regionale alla Sanità 10 posti letto ordinari di medicina d'urgenza, in atto non attivabili per la mancanza di spazi. Tali p.l., appena attivati verranno utilizzati per i ricoveri ordinari di pazienti affetti da patologie urgenti da non sottoporre ad interventi chirurgici.

La Vision

La strategia dell'U.O. si identifica nei seguenti punti fondamentali, che assumono carattere di impegno strategico e di valori irrinunciabili:

- Sviluppare integrazioni e sinergie sia con le altre UU.OO all'interno dell'Ospedale sia con il territorio di riferimento (medici di medicina generale) per meglio gestire i percorsi di ricovero e di assistenza in emergenza-urgenza
- Semplificare i contesti dell'accoglienza attraverso un triage infermieristico rivolto ad assicurare le cure, prima, al paziente più grave
- Ridurre i ricoveri impropri attraverso la piena funzionalità della O.B.I.
- Attivare protocolli in modo da uniformare la risposta all'utenza garantendo la migliore risposta possibile compatibilmente con le risorse e le attrezzature disponibili
- Migliorare imparando dagli errori

Obiettivi

- Cercare di riportare nell'alveo dell'appropriatezza clinica gli accessi alle prestazioni dell'U.O.

- Sviluppare integrazioni e sinergie sia con le altre UU.OO, all'interno dell'Azienda, sia con il territorio (medici di medicina generale, P.T.E., Pronto Soccorso degli altri Nosocomi Provinciali) per meglio gestire i percorsi assistenziali del paziente con urgenze/emergenze, rimandando all'assistenza territoriale i pazienti curabili sul territorio
- Assicurare adeguati livelli assistenziali, anche attraverso protocolli diagnostico-terapeutici verificati ed aggiornati
- Semplificare i contesti dell'accoglienza e della valutazione clinica dell'utente attraverso un triage infermieristico che sia rapido e si basi su protocolli condivisi sia dall'utente/paziente che dal personale che dovrà scegliere o subire le scelte
- Raggiungere la piena funzionalità dell'OBI, oggi ridotta dalla carenza di personale
- Organizzare un sistema per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse
- Favorire il più alto livello di aggiornamento del personale
- Contribuire all'educazione alla salute dei cittadini, per un corretto uso del sistema delle emergenze
- Stabilire dei percorsi volti alla segnalazione dei possibili eventi (near misses) e trovare soluzioni volte ad evitare il loro ripetersi o trasformarsi in eventi avversi

Pur essendo possibile una componente sociale, nell'accesso alle cure offerte all'utenza dall'U.O. di MCAU, questa componente, che rappresenta inappropriatezza negli accessi in P.S., deve essere scoraggiata dai medici e dagli infermieri dell'U.O., proponendo ed indicando soluzioni alternative al bisogno di salute del cittadino/paziente.

Capitolo 2 Qualifiche

Le professionalità presenti nel servizio di MCAU sono:

- Personale medico
- Personale infermieristico (incluso Infermieri di Triage)
- Personale tecnico

I criteri con i quali il Personale dell'MCAU accede alla qualifica necessaria per poter espletare i processi che lo vedono coinvolto sono definiti nei paragrafi che seguono per le diverse qualifiche.

Personale Medico

Direttore Di Struttura Complessa

Requisiti Legislativi per la Dirigenza II° Livello:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia per espletamento della professione medica (diploma di laurea come da legislazione Repubblica Italiana in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP-Trapani).
2. Superamento dell'Esame di Stato come da legislazione Repubblica Italiana (in possesso dell'ASP-Trapani).
3. Iscrizione all'Ordine dei Medici secondo legislazione Repubblica Italiana, come da documentazione depositata all'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente. In caso di provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine, l'Ordine stesso provvede a informare le Autorità preposte nell'Ente.
4. Diploma di Specializzazione in Medicina d'Urgenza e/o Specialità Equipollenti come da Decreti Legge 484/97 della legislazione Repubblica Italiana. Le Gazzette Ufficiali sono in possesso dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP-Trapani
5. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente dell'ASP-Trapani, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP-Trapani.

I criteri di ammissione al Concorso per esami e titoli di Direzione di Struttura Complessa del Servizio di MCAU è pubblicato sulla GURS del luglio 2007, copia è custodita presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'ASP-Trapani

b) MEDICI

Requisiti Legali per la Dirigenza I° Livello

1. Laurea in Medicina e Chirurgia per espletamento della professione medica (diploma di laurea come da legislazione Repubblica Italiana in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani)
2. Superamento dell'Esame di Stato come da legislazione Repubblica Italiana (in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani).
3. Iscrizione all'Ordine dei Medici secondo legislazione Repubblica Italiana, come da documentazione depositata all'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente. In caso di provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine, l'Ordine stesso provvede a informare le autorità preposte nell'Ente.
4. Diploma di Specializzazione in Medicina d'Urgenza e/o Specialità Equipollenti (D.M. 30/1/1998) come da Decreti Legge 483/97 della legislazione Repubblica Italiana. Le Gazzette Ufficiali sono in possesso dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.
5. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente dell'ASP – Trapani, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.

PERSONALE INFERMIERISTICO

a) Capo Sala (Abilitato Funzioni Direttive)

1. Diploma di Infermiere Professionale conseguito in Scuola Infermiere. La durata del Corso di Diploma è di tre anni. La legislazione vigente è depositata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
2. Superamento dell'Esame di Stato come da legislazione Repubblica Italiana in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani.
3. Iscrizione all'Ordine Infermieri dimostrato da certificazione depositata dall'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
4. Diploma di Capo Sala conseguito presso Scuola Infermieri con Corso della durata di un anno e con superamento dell'esame finale. Dal 1995 il Corso di AFD è stato abolito (legislazione depositata presso l'archivio Ufficio Personale dell'Ente). L'incarico alle funzioni direttive viene dato in modo fiduciario (valutazione delle attitudini tecniche e relazionali e manageriali) dall'Ufficio Infermieristico della Direzione Sanitaria a un Infermiere che operi nella struttura da almeno tre anni e che abbia un'anzianità di servizio all'interno dell'Ospedale di almeno 10 anni, previo superamento di colloquio.
6. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente dell'ASP – Trapani, secondo le norme vigenti della legislazione della

Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.

b) INFERMIERE

1. Diploma di Infermiere Professionale conseguito in Scuole Infermiere. La durata del Corso di Diploma è di tre anni. Dal 1997 il Diploma di Infermiere Professionale è stato modificato in un Diploma Universitario con regolamenti e piani di Studi di Corsi Universitari. La legislazione vigente è depositata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
2. Superamento dell'Esame di Stato attestato da documentazione custodita dall'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
3. Iscrizione all'Ordine Infermieri dimostrato da certificazione depositata dall'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
4. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.

c) INFERMIERE TRIAGISTA

Il ruolo dell'addetto al triage (triagista o infermiere triagista – IT) è individuato dalle linee guida sul sistema di Emergenza Sanitaria contenuto nell'Atto di Intesa tra Stato e Regioni del 17705/1996 che recita "…l'opera di triage è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato…con almeno sei mesi di anzianità in Pronto Soccorso."

Tale frase, semplice ma esaustiva, contiene tre concetti base:

- deve trattarsi di un Infermiere;
- l'Infermiere deve essere formato specificamente (v formazione infermiere di Triage).
- deve avere sei mesi di anzianità in Pronto Soccorso;

L'IT è la figura professionale che, accogliendo i pazienti che accedono al Pronto Soccorso, deve riconoscere la gravità della loro patologia e stabilire le priorità d'intervento.

L'IT ha un'importante autonomia decisionale in quanto deve stabilire, da solo, un ordine di accesso al servizio di Pronto Soccorso.

Per questo ha un ruolo di minor subordinazione rispetto alla figura del medico verso la quale ha un rapporto di maggiore collaborazione e minore dipendenza.

La maggior autonomia decisionale porta a un aumento di responsabilità che, se da una parte gratifica l'operatore, dall'altra lo espone maggiormente dal punto di vista medico-legale.

Da qui la necessità di codificare i compiti di questa nuova figura con protocolli e linee guida idonei a delineare i campi d'azione dell'IT per garantire anche una maggiore tutela professionale e quindi serenità nel lavoro.

La formazione dell'Infermiere di Triage

La formazione dell'IT viene svolta attraverso corsi tenuti dall'Ufficio Formazione.

Tali corsi sono teorico pratici ed i docenti sono per la maggior parte medici ed infermieri di area critica esperti nel triage, insieme ad avvocati e psicologi.

Tali corsi, oltre a spiegare cos'è il triage e quali sono le basi per una scelta consapevole contengono nozioni medico legali e nozioni di psicologia dell'accoglienza.

L'addestramento al triage avviene attraverso l'affiancamento dell'infermiere a un triagista esperto ed è mirato a perfezionare:

- l'acquisizione graduale delle caratteristiche proprie del triagista
- l'affinamento delle capacità di filtro
- la gestione del rapporto diretto dell' utenza
- l'utilizzo dei mezzi informatici
- la conoscenza dei vari iter interni al proprio ospedale.
- l'accoglienza

Aspetti giuridici

Dal punto di vista organizzativo non possono essere trascurate le basi legislative e normative per l'attribuzione a personale infermieristico delle funzioni di triagista.

Gli infermieri abilitati all'esercizio dell'attività di triage basano le loro competenze su alcuni atti formativi fondamentali:

L'articolo 1 del D.P.R. 225/1974, mansionario della professione infermieristica (abolito dal gennaio 1999), già al punto C precisava che compete all'infermiere la "richiesta ordinaria ed urgente di interventi medici e di altro personale secondo le esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti". L'articolo può configurare una sorta di Triage intraospedaliero, affidando all'infermiere la decisione, in relazione alle condizioni del paziente, di chiamare o meno il medico. E' compito cioè dell'infermiere decidere se una certa situazione configura un caso di urgenza o no.

L'articolo 2 dello stesso DPR definiva il campo di autonomia legato all'infermiere: "rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e eventuali interventi d'urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico, esecuzione di E.C.G. e similari"

Il D.P.R. del 27 Marzo 1992 all' articolo 10 afferma che "il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare per via endovenosa e fleboclisi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio". Precisa, inoltre, che il triage è stato creato come "atto di indirizzo e coordinamento delle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza".

Decreto Ministero della Sanità (G.U. 17/5/1996): "Atto di intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992": Funzioni di Triage: "all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità d'intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

Ministero Della Sanità, Linee Guida per il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria
In Applicazione del Dpr 27/03/92; Atto di Intesa tra Stato e Regioni (G.U. 17/05/1996): FUNZIONE DI TRIAGE: "All'interno dei Dea deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio. (…)".

d) Infermiere triagista istruttore

La qualifica di istruttore viene attribuita agli infermieri che dimostrano un elevato grado di aderenza ai protocolli del triage durante i corsi annuali di verifica dell'attività svolta, su proposta del Coordinatore Infermieristo e/o del Direttore dell'U.O., con parere favorevole di almeno la metà +1 degli istruttori.

Per divenire istruttore bisogna essere in possesso della qualifica di responsabile del turno, buone capacità oratorie, capacità psicologiche di gestione del personale (correzione di errori e comportamenti anomali).

La mansione di istruttore determina l'obbligo di insegnare in almeno ¾ dei corsi di triage tenuti dall'U.O. ed il compito di seguire come tutor i nuovi triagisti e di tenere sotto osservazione i propri colleghi nella funzione di triagisti, interfacciandosi con il Coordinatore Infermieristico per eventuali problematiche riscontrate.

Il Coordinatore Infermieristico informerà nel più breve tempo possibile il Direttore dell'U.O. per eventuali interventi correttivi.

PERSONALE TECNICO

A)AUTISTI AMBULANZA

Non hanno alcun diploma. Devono essere in possesso di patente B o superiore.

L'ufficio personale dell'ASP – Trapani controlla il possesso di tale documento.

Vengono assunti per concorso con dimostrazione di capacità di guida, di saper mantenere i contatti con la centrale operativa (C.O.). Svolgono, anche, funzioni di igienizzazione e sanificazione dei mezzi.

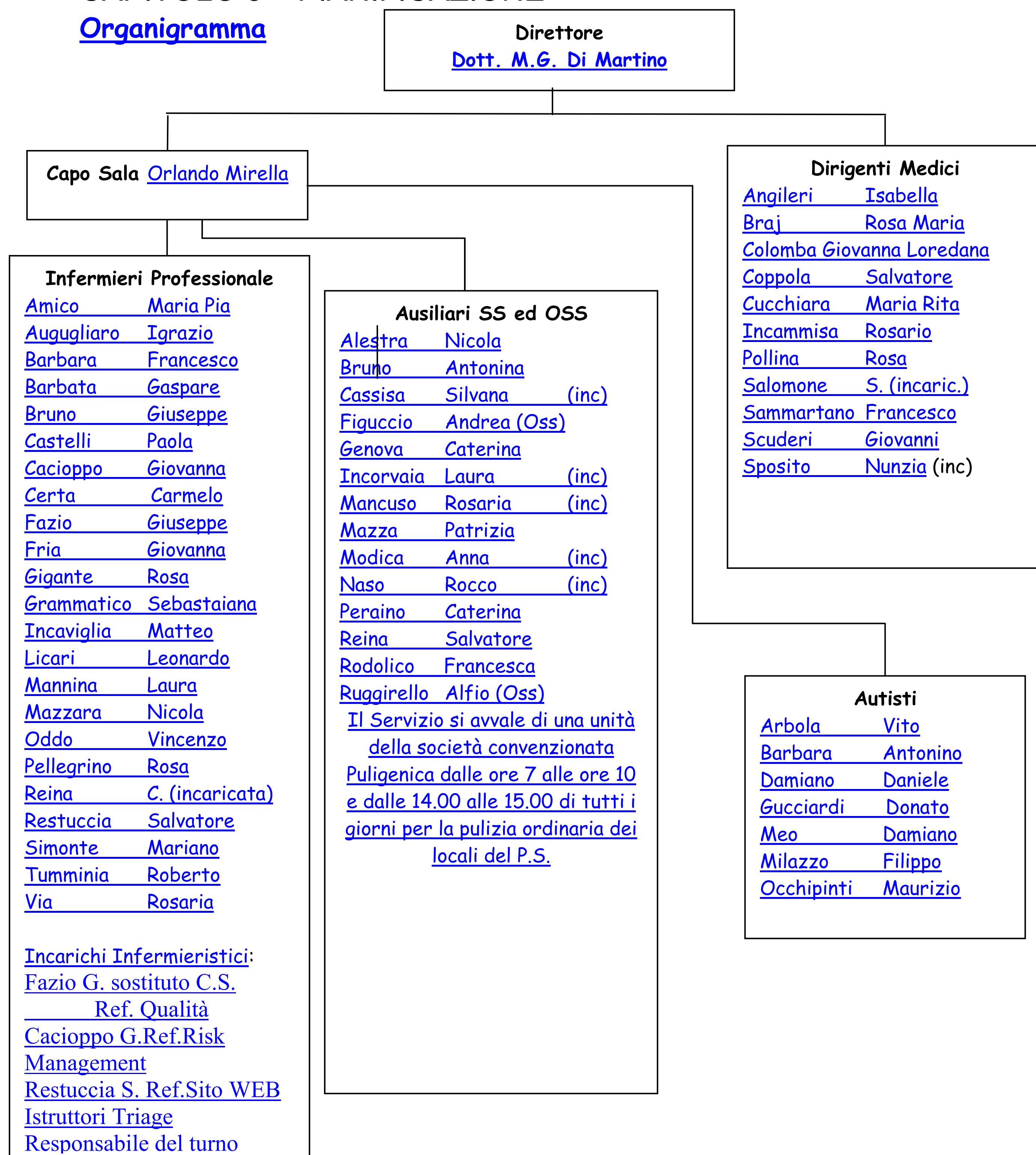
b) OSS (OPERATORE Socio Sanitario)

Tale figura professionale proviene da un corso annuale interno, eseguito presso l'ASP – Trapani. Il superamento dell'esame finale del Corso OSS conferisce il titolo di Operatore Socio Sanitario. Il regolamento del mansionario dell'OSS è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente. In tale regolamento sono esplicitate tutte le procedure e mansioni che possono essere svolte dall'OSS. Collabora, inoltre, con gli ausiliari per il trasporto infermi.

c) AUSILIARI

Non hanno alcun diploma. Svolgono funzioni di igienizzazione e sanificazione degli Ambienti oltre che trasporto infermi.

CAPITOLO 3 – PIANIFICAZIONE



U.O. Pronto Soccorso
P.O. Alcamo

Responsabile
Dott. G.Masnata

Capo Sala Cottone Vito

Infermieri Professionale
- Amorello Filippo
- Benenati Antonio(gen)
- Brucia Vito
- Colletta Pasquale
- Drago Maria Grazia
- Fumuso Rosario
- Santoro Maria
- Vivona Ignazio
- Gebbia Paolo (gen)
- GiorlandoVinenzo
- Moscarello Gaetano
- Pipitone Tommaso
- Pellerito Salvatore
- Ponzio Gaetano
- Cusumano Ignazio
- Corrao Enza (gen)
- Di Franco Antonio

Ausiliari S S ed OSS
- Buccellato Vito
- Di Stefano Giuseppe
- Laudani Girolama
- Motisi Diego
- Varvaro Italia

Dirigenti Medici
- Allegro Vincenzo
- D'angelo Alessandra
- La Duca Dorotea
- Pace Lorenzo
- Savarino Maria Pia (inc)

Autisti
- Bambina Lorenzo
- Bonì Felice
- Cammarata Vito
- Lombardo Salvatore
- Reale Giuseppe
- Rappa Francesco
- Ganci Chiodo Walter
- Zafonte Marcello

Responsabile Unità Operativa : M.G. Di Martino

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore Generale	Tutto il personale	Personale Aziendale
Direttore Sanitario Aziendale	Utente inteso come servizio	Responsabili UU.OO
Direttore Sanitario Distretto Ospedaliero		
Direttore Sanitario di Presidio		
Direttore Dipartimento		
Direttore Amministrativo Aziendale		
Direttore Amministrativo Distretto Ospedaliero		

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica. Incarico di Direttore di Struttura Complessa fino al 30/06/2015

Finalità del Ruolo:
1) Responsabile organizzazione e supervisione dell'attività dell'U.O.
2) Approvazione e revisione delle procedure
3) Organizzazione turni servizio
4) Controllo di gestione dell'U.O.
5) Invio mensile FileC
6)Invio mensile file EMUR
7) Invio, giornaliero INAIL
8) Organizzazione protocolli di Triage

Incarico:
Direttore U.O.C. MCAU Trapani

Competenze:
Dirigenza, gestione e supervisione clinico-organizzativa dell'U.O.C.

Dirigente medico : dott. Angileri Isabella

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.

	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base
Proposta per incarico di alta specializzazione: Medicina legale di Pronto Soccorso
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Controllo delle procedure medico legali dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo medico legale delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Braj Rosa Maria

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.

	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione
SDO e Organizzazione dei servizi del personale dirigente medico
Proposta per incarico di alta specializzazione: Triage e valutazione dell'I.P. triagista
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Controllo annuale dei risultati del triage
2. Controllo che tutti gli i.p. seguano e rispettino i protocolli
3. Suggerimenti al Direttore dell'U.O. circa modifiche ed adattamenti dei protocolli del triage
4. Suggerimenti su provvedimenti volti all'attuazione del punto 2

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: codifica delle cartelle cliniche e consegna delle SDO per i ricoveri ordinari e per i DH

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Colomba Giovanna Loredana

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base
Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie chirurgiche
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie chirurgiche di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie chirurgiche di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Coppola Salvatore

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale

Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: Incarico di base
Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie allergiche
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie allergiche di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie allergiche di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Cucchiara Maria Rita

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.

	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: di base. Anzianità di servizio <5 anni –
Incarico suggerito: responsabile facilitatore del risk management

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Incammisa Rosario

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione
Ambulatorio divisionale

Proposta per incarico di alta specializzazione: O.B.I.
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Protocollo di apertura dell'OBI
2. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: Sostituto in caso di assenza del Direttore dell'U.O. - Responsabile dell'attività ambulatoriale del P.S.

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Pollina Rosa

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Incarico Professionale
Monitoraggio del triage

Proposta per incarico di alta specializzazione: Responsabile della Qualità dell'U.O.C.
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Interfaccia con l'ufficio Qualità e piena autonomia nella gestione del Manuale della Qualità secondo le regole fissate nel presente manuale
2. Aggiornamento "continuo" del Manuale della Qualità
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale:monitoraggio dell'attività di triage
Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Salamone Salvatore

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.

	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: Incaricato al 31/8/2012

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Sammartano Francesco

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione
Emergenze cardio - respiratorie

Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie cardio - respiratorie

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie cardio - respiratorie di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie cardio - respiratorie di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: Responsabile delle emergenze cardiorespiratorie

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Scuderi Giovanni

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.

	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione

Medicina d'urgenza
Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie mediche di interesse per il P.S.
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie mediche di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie mediche di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: Responsabile Medicina di Pronto Soccorso
Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico: dott.ssa Sposito Nunzia

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale

Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Incarico: incaricata

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

CAPO SALA

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di comparto dell'U.O.	Dirigenti medici dell'U.O.
Dirigente servizi infermieristici	Utenti nel senso di servizio	Personale aziendale

Ruolo Professionale:
Operatore Comparto
Collaboratore professionale sanitario esperto, con funzioni di coordinamento

Finalità del Ruolo:

1. Responsabile organizzazione e supervisione sotto il profilo infermieristico e tecnico
2. Controllo attuazione procedure sotto il profilo infermieristico e tecnico

Competenze:

Controllo quotidiano dell'attività di triage infermieristico
Organizzazione dei turni di servizio ed assegnazione di compiti particolari (triage, sala visita, responsabile del turno)
Supervisione procedure tecnico infermieristiche
Supervisione cartella infermieristica
Coordinare l'attività di assistenza infermieristica
Gestire i rapporti con la farmacia pianificando i fabbisogni e l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario
Supervisione funzionamento apparecchiature
Supervisione standard alberghieri
Archiviazione in fascicoli-pazienti del materiale (foglio triage, consulenze, scheda infermieristica, foglio dimissione) suddivisi per accesso ed ordinati per giorno e numero di dimissione
Risposta alle richieste di copie, del materiale archiviato, dall'autorità di P.G. o dagli uffici preposti

Per le altre figure professionali i compiti sono simili per l'U.O.C. e quindi sia per i P.S. di Trapani e di Alcamo e verranno elencati dopo quelli dei medici e del Coordinatore Infermieristico di Alcamo

U.O.S. Pronto Soccorso Alcamo

Dirigente medico : dott. Masnata Gianfranco

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore U.O.C.	Coordinatore infermieristico Alcamo	Dirigenti Medici altre U.O.
Direttore Sanitario di Presidio	Personale infermieristico	Personale medico dell'U.O.
	Personale Ausiliario	Personale aziendale
	Personale Tecnico	
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

1) Responsabile organizzazione e supervisione dell'attività dell'U.O.S.
2) Approvazione e revisione delle procedure
3) Organizzazione turni servizio
4) Controllo di gestione dell'U.O.S.

Incarico:
Responsabile di struttura semplice, Pronto Soccorso Alcamo

Competenze:

1. Dirigenza, gestione e supervisione clinico-organizzativa dell'U.O.S.
2. Raccolta anamnesi
3. Visita medica
4. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
5. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
6. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
7. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
8. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico

9. Consenso informato
10. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Allegro Vincenzo

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze Urologiche
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Compilazione di almeno 2 protocolli di Urologia d'Urgenza dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo medico legale delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza

6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. D'Angelo Alessandra

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze endocrinologiche
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Compilazione di almeno 1 protocollo inerente l'endocrinologia d'Urgenza dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici

5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. La Duca Dorotea

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze Pediatriche
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Compilazione di almeno 2 protocolli circa le Urgenze Pediatriche dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero

4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Pace Lorenzo

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze ginecologiche
L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:
1. Compilazione di almeno 2 protocolli circa urgenze ginecologiche dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero

4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Savarino Maria Pia

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:
Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:
Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico: incaricata

Competenze:
1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato

9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Coordinatore Infermieristico Alcamo

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di comparto dell'U.O.	Dirigenti medici dell'U.O.
Dirigente servizi infermieristici	Utenti nel senso di servizio	Personale aziendale

Ruolo Professionale:
Operatore Comparto
Collaboratore professionale sanitario esperto, con funzioni di coordinamento

Finalità del Ruolo:

3. Responsabile organizzazione e supervisione sotto il profilo infermieristico e tecnico
4. Controllo attuazione procedure sotto il profilo infermieristico e tecnico

Competenze:
Controllo quotidiano dell'attività di triage infermieristico
Organizzazione dei turni di servizio ed assegnazione di compiti particolari (triage, sala visita, responsabile del turno)
Supervisione procedure tecnico infermieristiche
Supervisione cartella infermieristica
Coordinare l'attività di assistenza infermieristica
Gestire i rapporti con la farmacia pianificando i fabbisogni e l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario
Supervisione funzionamento apparecchiature
Supervisione standard alberghieri
Archiviazione in fascicoli-pazienti del materiale (foglio triage, consulenze, scheda infermieristica, foglio dimissione) suddivisi per accesso ed ordinati per giorno e numero di dimissione
Risposta alle richieste di copie, del materiale archiviato, dall'autorità di P.G. o dagli uffici preposti

Infermieri Professionali

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di supporto	Infermieri Professionali dell'U.O.
Dirigenti medici dell'U.O.	Utenti nel senso di Servizio	Personale aziendale
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		

Ruolo Professionale:
Operatore Comparto
Collaboratore Professionale Sanitario

Finalità del Ruolo:
- è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, dei singoli atti di assistenza diretta e indiretta ed è co-responsabile del risultato assistenziale infermieristico complessivo;
- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e identifica i bisogni di assistenza infermieristica
- è direttamente responsabile degli eventuali incarichi attribuiti ad personam

Competenze:

1) Accettazione del paziente
2) Attività di triage se autorizzato, espressamente, dal Direttore dell'U.O.
3) Raccolta dati anagrafici
4) Rilevazione parametri vitali
5) Compilazione scheda di ricovero
6) Compilazione cartella e/o scheda infermieristica
7) Raccolta disponibilità posti letto U.O. del Presidio Ospedaliero
8) Trasmissione disponibilità posti letto al SUES 118 di Palermo
9) Assegnazione del posto letto
10) Esecuzione terapie prescritte

11) Esecuzione delle consegne
12) Conservazione del materiale e delle attrezzature di reparto
13) Conservazione, sterilizzazione e manutenzione dei ferri chirurgici
14) Collabora con il Capo Sala nel rifornimento del materiale dalla farmacia/deposito dell'U.O. alle Sale Visita/OBI/Triage
15) Controllo ad ogni turno delle attrezzature in dotazione all'U.O.
16) Assistenza infermieristica nei trasporti secondari, in regime di reperibilità, per le U.O. che non dispongono di infermiere reperibile.

Infermieri professionali addetti alla Accettazione Sanitaria

Augugliaro I., Grammatico S, Gigante R.

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di supporto	Infermieri Professionali dell'U.O.
Dirigenti medici dell'U.O.	Utenti nel senso di Servizio	Personale aziendale
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		

Ruolo Professionale:
Operatore Comparto
Collaboratore Professionale Sanitario

Competenze:

1) Accettazione del paziente
2) Raccolta dati anagrafici
3) Compilazione schede di ricovero programmato, previo controllo del pagamento ticket se dovuto
4) Servizio di prenotazione interventi programmati
5) Richiesta esami ematochimici e consulenze, propedeutici agli interventi programmati
6) Raccolta disponibilità posti letto aziendali
7) Organizzazione del percorso del paziente con richiesta di ricovero non urgente fino a quando sarà definito il percorso diagnostico terapeutico

8) Controllo ad ogni turno delle attrezzature in dotazione
9) Rifornimento del materiale occorrente dal deposito del P.S. alla Sala Accettazione

Personale ausiliario SS (Oss-Aus)

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Utenti nel senso di Servizio	Personale aziendale
Dirigenti medici dell'U.O.		
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		
Infermieri Professionali		

Ruolo Professionale:
Operatore comparto

Finalità del Ruolo:
Mantenimento delle adeguate condizioni igieniche ambientali
Collaborazione col personale infermieristico nell'assistenza ai pazienti

Competenze:
Pulizia del reparto e delle attrezzature
Sostituzione del materiale mono uso dopo ogni uso
Trasporto dei malati
Vigilanza sulle attrezzature e controllo sulla loro allocazione
Collaborazione con l'infermiere di triage nell'accoglienza e prelevamento del paziente dal mezzo di soccorso

ALTRO PERSONALE: Autisti

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Utenti nel senso di servizio	Personale aziendale
Dirigenti medici dell'U.O.		
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		
Infermieri dell'U.O.		

Ruolo Professionale:
Operatori tecnici

Finalità del Ruolo:
Trasporto secondario degli ammalati

Competenze:
Manutenzione delle ambulanze
Revisioni delle ambulanze secondo calendarizzazione di legge e d'uso
Segnalazione dei guasti
Cura nel controllo delle riparazioni
Pulizia delle ambulanze e manutenzione delle attrezzature presenti
Aggiornamento del registro riparazioni
Aggiornamento delle schede del mezzo
Compilazione e comunicazione del movimento mezzi
Collaborazione con gli infermieri nell'assistenza al paziente coerentemente con la guida del mezzo

Incarichi Infermieristici

Per alcuni infermieri sono stati previsti degli incarichi:

a) **Sostituto della Capo Sala**

Tale figura professionale, al fine di garantire la continuità della catena del comando sostituisce la Capo Sala nei periodi di assenza a qualsiasi titolo.

L'incarico, di tipo fiduciario, viene dato all'I.P. con maggiori titoli. In atto non ha riconoscimento economico.L'incarico è affidato in atto all'I.P. Fazio Giuseppe.

b) **Responsabile sito WEB**

Si occupa di aggiornare le pagine dell'MCAU di Trapani sul sito WEB aziendale, interfacciandosi con il responsabile aziendale del sito WEB e con la ditta aggiudicataria, per l'immissione del materiale, con Capo Sala e Direttore dell'U.O. per i contenuti
In atto non ha riconoscimento economico. Affidato a Restuccia Salvatore

c) Responsabile infermieristico della qualità

Si occupa di trasmettere e revisionare, insieme alla Capo Sala l'aspetto infermieristico della qualità, facendo, anche da intermediario fra colleghi, Capo Sala e Direttore dell'U.O.. In atto non ha riconoscimento economico., Responsabile Fazio Giuseppe

d) Responsabile infermieristico Risk Management

Si occupa della raccolta e diffusione dei dati circa problematiche di near misses e problemi che si verificano in ambito infermieristico, portando all'attenzione della Capo Sala ed eventualmente del Direttore delle problematiche verificatesi, anche in forma anonima ed anche riguardanti rapporti fra varie figure professionali. In atto non ha riconoscimento economico. Affidato a Cacioppo Giovanna.

e) Responsabile del turno

Rappresenta il responsabile del buon andamento del reparto, relativamente al personale di comparto, controllo attrezzature e compilazione della check list. Su tale figura si rimanda all'apposito protocollo in fase di implementazione.

In atto sono responsabili del turno:

Amico Maria Pia,Barbara Francesco, Barbata Gaspare, Cacioppo Giovanna, Fazio Giuseppe,Fria Giovanna, Mazzara Nicola, Oddo Vincenzo, Restuccia Salvatore, Simonte Mariano

f) Istruttori Triage

Rappresentano la task force che permette l'esecuzione di corsi di triage per l'acquisizione della qualifica di triagista e di mantenimento della qualifica di triagista. Si rimanda all'apposito capitolo per la loro formazione e mantenimento dell'incarico.

PRESTAZIONI EROGATE

La tipologia delle prestazioni effettuate dall'Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza sono:

Attività di triage

Viene svolta da un infermiere professionale, sempre presente nell'area di accoglienza, adeguatamente formato, anche, su argomenti di psicologia comportamentale ed in particolare di psicologia dell'accoglienza e della comunicazione, con anzianità di servizio in Pronto Soccorso di almeno sei mesi, previa autorizzazione del Direttore dell'U.O. . (Vedi capitolo sulle qualifiche)

Viene suddivisa in due componenti:

Semplice, accoglienza: che prevede la raccolta dati anagrafici e la loro registrazione computerizzata o su modulo cartaceo. L'infermiere addetto al triage raccoglie eventuale documentazione, informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rileva i

parametri vitali e segna in apposito spazio le osservazioni che ritiene necessario segnalare;

Avanzata, assegnazione del codice di gravità: l'assegnazione del codice deve essere un processo logico che partendo, dall'individuazione di un sintomo principale e dalla ricerca di sintomi collegati, determina l'assegnazione di un codice di priorità secondo protocolli conosciuti e condivisi, disposti dal Direttore dell'U.O. e conformi alle norme di legge vigenti; l'assegnazione del codice di priorità deve avvenire in modo rapido; la priorità di accesso alla sala visita deve avvenire agevolando l'accesso alle cure del paziente più grave.

I codici attribuibili sono quelli previsti dalle norme vigenti, in atto:

Codice Rosso ovvero paziente in immediato pericolo di vita, almeno un parametro vitale alterato.

Codice Giallo ovvero paziente con parametri vitali non alterati, ma portatore di sintomatologia che suggerisce un possibile aggravamento con alterazione di parametri vitali.

Codice Verde ovvero paziente portatore di patologia con scarso rischio di aggravamento ma con elevato stato di sofferenza.

Codice Bianco ovvero patologia minore per cui il paziente avrebbe dovuto recarsi presso strutture territoriali.

Stampata la scheda di triage, l'addetto fa firmare al paziente o ad un suo accompagnatore (se minore o impossibilitato) per accettazione del possibile ticket, fa notare le pene per la comunicazione di false generalità ed invita il paziente (o chi per lui) a controllare i dati anagrafici, quanto scritto nella scheda di triage e segnalare eventuali errori. La firma implica che quanto scritto nella scheda è veritiero e corrisponde a quanto detto dal paziente.

Fa notare la presenza del consenso al trattamento dei dati ed invita il paziente a compilare le apposite indicazioni.

L'infermiere addetto al triage opera sotto la supervisione del medico di guardia scritto nella prima casella del turno di servizio.

L'infermiere addetto al triage, in caso di assenza di medici e/o infermieri disponibili, perché impegnati in altri interventi, è responsabile dell'applicazione del Protocollo Infermieristico sulla gestione del Codice Rosso.

Lo stesso tiene sotto controllo i pazienti in attesa di prima visita giunti con mezzo proprio o accompagnati dal 118. I pazienti barellati, giunti con 118, vengono sbarellati ed attendono la visita in locali individuati allo scopo, diversi dai locali ove attendono gli altri utenti pazienti giunti con mezzo proprio.

Per i pazienti accompagnati dal 118 si applicano le norme di assistenza previste dal regolamento regionale 118.

Provvede alla rivalutazione dei pazienti in caso di loro aggravamento o di routine secondo i tempi previsti dai protocolli sul triage (10' per il codice giallo, 30' per il codice verde, 2 h per il codice bianco), o a richiesta del paziente.

Viene valutato annualmente, con confronto dell'operato verso la media dei triage, e su aspetti particolari, comunicati almeno 6 mesi prima dell'inizio della valutazione.

Per il 2010 si valuteranno i codici attribuiti e la rivalutazione.

Per il 2011 si valuterà l'uso della scheda infermieristica.

Consenso informato

Nella scheda di triage sono previsti appositi spazi che avvertono in modo molto chiaro cosa prevede la legge per chi

- fornisce false generalità, che il codice di triage è legato alla sintomatologia raccontata dal paziente,
- che al termine del percorso clinico terapeutico potrebbe essere richiesto il pagamento del ticket
- che il codice di triage è conseguenza dell'anamnesi infermieristica, ovvero di ciò che il paziente ha detto all'infermiere

INOLTRE:

- Viene raccolto il consenso al trattamento
- Viene richiesto se e a chi fornire informazioni sul suo stato di salute

Il paziente viene invitato a firmare dopo essere stato opportunamente edotto su cosa sta firmando.

Quindi la scheda viene consegnata al paziente che avrà possibilità di controllare che quanto scritto dal triagista corrisponde a quanto da lui dichiarato.

Il paziente, inoltre, viene avvertito di segnalare eventuali discrepanze esistenti fra quanto scritto nella scheda di triage e quanto dichiarato e di segnalare tali problematiche al triagista che potrà rivalutare il paziente alla luce delle segnalazioni da questo eseguite.

Il sistema permette di avere un'anamnesi infermieristica condivisa dal paziente e pertanto non contestabile dallo stesso.

La firma messa per accettazione dal paziente, può essere messa anche da chi ne fa le veci nel caso di paziente minore o non in grado di firmare. In questo caso l'infermiere segnalerà nello spazio "note" eventuale persona diversa dal paziente o farà firmare ed indicare il grado di parentela.

Sulla scheda di triage, come in tutta la documentazione in cui il paziente deve firmare, se firma terza persona, la firma deve essere chiaramente leggibile e deve essere indicato il grado di parentela di chi firma (es.: padre, figlio, amico, ecc.).

Quando si eseguono manovre cruente o si somministra terapia viene chiesto sempre il consenso del paziente verbale (o di chi ne fa le veci). Non vengono mai eseguite manovre coercitive per costringere il paziente ad accettare le cure.

Non viene fatto firmare un consenso preventivo, sia per la terapia che per le manovre, poiché tale consenso non è previsto in urgenza/emergenza dalle vigenti norme e inoltre, determinerebbe un grosso impegno orario per il personale con ritardo nell'assistenza ai pazienti inattesa. Viene chiesto solo un consenso generico al trattamento-

Il paziente è libero di rifiutare l'esecuzione di quanto proposto ed in qualsiasi momento può allontanarsi dal P.S.. tali eventi verranno registrati sul foglio dimissione.

Nel caso di diniego viene eseguita apposita registrazione sulla documentazione del paziente.

Post triage

(in fase di implementazione)

Al fine di migliorare l'assistenza ed accelerare le operazioni di visita dei pazienti con patologia urgente, codici gialli, l'infermiere responsabile del turno eseguirà, in regime di autonomia infermieristica alcune operazioni sul paziente: registrazione dei parametri vitali, prelievo di base ed incannulazione di vena con somministrazione di fisiologica a tutti i pazienti con patologia urgente, oltre quanto sopra, ECG e prelievo per enzimi cardiaci ai pazienti con storia di dolore toracico recente o che riferiscono recente episodio di perdita di coscienza o che hanno storia di cardiopatia.

In tal modo il codice giallo riceverà assistenza entro i 10' massimi di attesa previsti per tale codice. Ove possibile, lo stesso trattamento verrà riservato ai codici verdi per ridurre i tempi di attesa entro i 30' massimi previsti per tale codice. L'accesso venoso ed il prelievo per gli enzimi cardiaci verrà eseguito in autonomia se l'ECG dovesse dimostrare grave patologia (I.M.A., Tachiaritmia con f.c. >150 o severa bradicardia, f.c. < a 50 nel pz. con >60 anni, < 40 nel paziente con età < 61 anni).

Tale infermiere, inoltre, eseguirà prelievi ed ecg ai pazienti che attendono l'esecuzione della curva degli enzimi cardiaci, rispettando le tempistiche previste (curva enzimi cardiaci prevede 3 prelievi distanziati di 4 ore fra loro).

Tale attività verrà svolta nella sala C, se non ci sono altre sale visita disponibili.

Accesso alle sale visita

Il paziente accede alle sale visita attraverso l'esame di due parametri:

Codice di priorità

Ora di arrivo.

Il primo paziente ad entrare in sala visita sarà quello con il codice di priorità più alto al momento della chiamata. A parità di codice di priorità quello arrivato prima.

La chiamata del paziente, nella sala visita, avviene usando il numero della scheda di triage, più precisamente, le ultime tre cifre di tale numero.

Il triagista dice al paziente che verrà chiamato per numero e mostrerà al paziente ove si trova il codice numerico identificativo.

L'indicatore che quanto sopra viene effettuato è che spesso il numero viene cerchiato proprio per mostrare al paziente il codice.

Al termine del triage vengono registrati nella scheda infermieristica i parametri misurati.

Un display nella sala d'attesa mostra i pazienti in attesa, o meglio i numeri di scheda triage, suddivisi per codice e per ora d'arrivo al triage, pertanto il paziente, guardando la posizione nell'elenco intuisce facilmente la sua posizione in lista d'attesa, avendo consapevolezza di quanti pazienti devono essere visitati prima di lui.

L'infermiere addetto al triage, inoltre, fornisce anche il tempo presunto di attesa.

Naturalmente in fase di triage il paziente viene avvertito che in P.S. si entra in base al codice assegnato al triage, per cui, un codice superiore avrà sempre priorità, anche se arrivato dopo. A tal scopo esiste, anche, cartellonistica ben visibile che spiega ulteriormente quanto comunicato dal triagista.

I pazienti che si trovano in sala sbarellamento hanno un contrassegno colorato al fine di una loro facile localizzazione.

Una volta chiamato in stanza, l'infermiere ritirerà la scheda di triage e si accerterà sulla corrispondenza dei dati anagrafici del paziente rispetto alla scheda di triage.

Il paziente viene chiamato nel computer della sala visita e lì l'infermiere compila la scheda infermieristica con la registrazione di quanto valutato/eseguito.

Nel caso di cambio dell'infermiere o di un suo allontanamento l'anagrafica del paziente viene ricontrollata.

Attività di P.S.

Al fine di garantire la catena di comando in Pronto Soccorso, in assenza del Direttore dell'U.O., il suo supplente è rappresentato, salvo diverse disposizioni, dal medico che scritto nella prima colonna a sinistra, (1° medico) di chi legge, del turno di servizio.

Per il turno infermieristico, viene individuato un "responsabile del turno" con attribuzione di sostituzione/aggiunta al Capo Sala e compiti individuati da appositi protocolli.

Ad ogni stanza ed al triage vengono assegnati, nominativamente e per fascia oraria specifici infermieri, come da turno di servizio esposto e vidimato dal Capo Sala e dal Responsabile dei Servizi Infermieristici.

L'infermiere di sala, appena libera la stanza visita, provvede ad accogliere il primo paziente, in ordine di priorità assegnata al triage, controlla i dati anagrafici scritti sulla scheda di triage fornitagli dal paziente, ed esegue quanto di propria competenza, riportando quanto eseguito nell'apposita scheda infermieristica, in regime di autonomia infermieristica, informando il medico responsabile della sala visita circa i

parametri misurati; salvo diverse disposizioni del medico di sala, non verranno fatti assistere parenti alle operazioni di assistenza in Pronto Soccorso. In caso di errori nell'anagrafica del paziente provvede alla loro correzione. Nel caso di codice rosso sostituirà, appena libero, l'infermiere triagista ed applicherà il protocollo previsto allo scopo.

Prima di eseguire terapia, l'infermiere, si informa su allergie a farmaci del paziente, sotto la supervisione del medico di stanza.

In caso di codice rosso, tutte le operazioni che potrebbero ritardare l'assistenza verranno rimandate ad un tempo successivo al fine di non ritardare, mai, l'assistenza al paziente.

Il medico e l'infermiere in sala visita raccolgono l'anamnesi, provvedono alla terapia per la stabilizzazione clinica del paziente, richiedono, se necessario esami strumentali e di laboratorio e/o consulenze specialistiche necessarie alla definizione del quadro clinico, secondo le proprie mansioni. Eseguono, se necessario, medicazioni e trattamento delle ferite in urgenza, secondo i protocolli vigenti.

Al termine dell'iter clinico-diagnostico, che può prevedere uno stazionamento presso l'O.B.I., il paziente viene dimesso dal Pronto Soccorso o con l'invio al domicilio o con ricovero nel reparto di competenza. Se necessario, viene stilato referto per l'Autorità Giudiziaria e primo certificato di infortunio sul lavoro. Il referto medico (denuncia di Pronto Soccorso) deve essere compilato nel momento in cui si ravvisa la necessità di segnalare il caso all'autorità di Pubblica Sicurezza. A tal fine sulla modulistica sono previsti due orari, quello di compilazione e quello di arrivo in P.S. del paziente. Potranno essere apportate, eventualmente, correzioni a penna, sottoscritte, sulle tre copie del referto, inerenti sia l'anagrafica, sia la prognosi, sia la diagnosi, sia l'esito dell'evento (ricovero, rifiuto al ricovero, dimissione, ecc…). Le forze di Pubblica Sicurezza, quando l'Ufficio di Polizia presso il Pronto Soccorso è chiuso, verranno informate, in caso di denuncia obbligatoria, non appena le condizioni assistenziali del Pronto Soccorso lo permetteranno.

Nel caso in cui l'Ufficio di Polizia presso il Pronto Soccorso sia chiuso, il medico, o infermiere da lui delegato, farà firmare in modo leggibile, e farà scrivere il gruppo di appartenenza, di chi (Agente di Pubblica Sicurezza) ritira il referto.

Il referto medico non deve essere, mai, rilasciato a persone non individuate in precedenza e può essere rilasciato, a richiesta, solo dagli appositi uffici ospedalieri.

Rimanda al curante, per competenza, i pazienti senza caratteristiche di urgenza-emergenza.

Attività di Accettazione Sanitaria

L'infermiere addetto all'Accettazione Sanitaria, sotto la supervisione del medico di guardia del Pronto Soccorso, raccoglie i dati anagrafici ed anamnestici, la documentazione clinica del paziente, provvede alla stesura del frontespizio della

cartella clinica per i ricoveri, per i D.H., i D.S. ed i Day Service, programmati dai Reparti, previa esibizione della richiesta esitata dalla U.O. richiedente.

Tiene in ordine le liste d'attesa dell'U.O. di Oculistica, provvede alle richieste pre intervento per i pazienti programmati da tale U.O. e, al termine dell'iter diagnostico, provvede alla programmazione dell'intervento chirurgico ed alla conseguente compilazione della cartella clinica e sdo, se c'è stato il consenso dell'anestesista, secondo le disponibilità fornite dall'U.O. di Oculistica.

L'attività viene svolta, in atto e fino all'adeguamento della pianta organica, nelle ore antimeridiane feriali dal personale dell'Accettazione Sanitaria e, **solo** per la compilazione del frontespizio del ricovero, in quelle pomeridiane e diurne festive dal personale del P.S.

In attesa della definizione del percorso di prenotazione del ricovero dei pazienti affetti da patologia non urgente, inviati dal curante o dallo specialista, provvede alle richieste per inviare il paziente agli ambulatori divisionali.

L'ufficio provvederà, inoltre, a rilasciare, a richiesta, certificati inerenti il ricovero o la frequenza degli ambulatori al fine del ricovero programmato.

L'ufficio segnalerà alla Direzione Sanitaria i pazienti che dopo aver eseguito delle prestazioni volte al ricovero, rifiutano lo stesso, segnalando, anche, gli esami e le visite eseguite.

Ricovero d'urgenza

Questa tipologia di ricovero viene assicurata 24 ore su 24 attraverso il Pronto Soccorso. Dopo la stabilizzazione clinica del paziente e dopo aver constatato la disponibilità del posto letto nell'U.O. di competenza o, in mancanza, nel Dipartimento o nell'Ospedale.

Il Pronto Soccorso provvede al trasporto del paziente, previa compilazione del frontespizio della cartella clinica, all'U.O. di destinazione.

In caso di mancanza di posti letto nella U.O. o nel Dipartimento o nell'Ospedale, provvede al trasferimento secondario del paziente, presso l'Ospedale disponibile più prossimo, secondo i protocolli stabiliti dalla Direzione Sanitaria.

Ricovero ordinario

Il ricovero ordinario avviene su richiesta del medico curante o di uno specialista extraospedaliero od ospedaliero.

Nel caso di richiesta di medico curante o di specialista extra ospedaliero, poiché il ricovero non urgente, spesso, è un ricovero inappropriato, secondo la legge sui LEA, se eseguito in regime ordinario, poiché le alternative al ricovero ordinario (DH, DS, Day Service, Ambulatorio) vengono, di norma, organizzate dalle varie U.O., il paziente deve giungere in ospedale con richiesta di visita specialistica, rivolta all'U.O. in cui si chiede il ricovero, tale richiesta deve essere autorizzata, con priorità, dall'Ufficio Prenotazioni Prestazioni Ambulatoriali, il medico dell'ambulatorio preposto

dell'U.O. stabilirà il corretto iter da seguire, stilando, se necessario, richiesta, all'Accettazione Sanitaria, di ricovero.

La richiesta dovrà contenere, su carta intestata del Reparto, i seguenti dati:

- Anagrafica del paziente
- Modalità del ricovero (Ordinario, DH/DS, Day Service)
- Data in cui deve avvenire il ricovero o richiesta di programmazione dello stesso
- Diagnosi di accettazione
- Data di compilazione della richiesta
- Firma del medico leggibile

Attività ambulatoriale

Il Pronto Soccorso rappresenta il punto in cui deve essere svolta attività su pazienti portatori di patologia con caratteristica di urgenza – emergenza. L'attività ambulatoriale, richiesta dal curante, per definizione non ha caratteristiche di urgenza emergenza e verrà garantita solo a carattere eccezionale e motivato.

Il medico di guardia dell'U.O. può prevedere, in fase di dimissione, il ritorno ambulatoriale, per casi particolari ed in via del tutto eccezionale, programmando il rientro nell'orario di presenza dello stesso medico che chiede il ritorno ambulatoriale.

Servizio ambulanze

Il Servizio ambulanze svolge compiti di trasporto infermi secondario seguendo i protocolli della Direzione Sanitaria.

Di ogni trasferimento viene redatto apposito verbale in almeno due copie contenenti i dati anagrafici del paziente, luogo di partenza e di arrivo, eventuali tappe intermedie, personale di assistenza viaggiante con il paziente, U.O. che ha richiesto il servizio.

Una copia del verbale verrà conservata nell'archivio dell'MCAU, una copia consegnata per la rendicontazione agli appositi servizi.

Ogni movimento ambulanze viene segnalato con apposita modulistica

OBI

Il Servizio di osservazione breve, oggi parzialmente chiuso per mancanza di personale, rappresenta il luogo in cui tenere sotto osservazione i pazienti in attesa di definizione dell'iter diagnostico – terapeutico.

Rappresenta un'area semi intensiva volta ad assicurare la stabilizzazione, le cure e la definizione del processo diagnostico, a pazienti di media gravità, per stabilire l'appropriatezza del ricovero.

Al termine dell'iter diagnostico terapeutico il paziente dovrà essere dimesso o trasferito nella Divisione di competenza o in altro nosocomio, secondo le norme di legge vigenti.

Il tempo massimo di permanenza in tale struttura è previsto in 6-12 ore, prolungabili, eccezionalmente a 18 ore.

L'obiettivo principale del Servizio OBI è quello di ridurre i ricoveri inappropriati, riducendo al minimo i rischi per il paziente.

Vengono considerati ricoveri in OBI tutti i pazienti che permangono più di due ore in Pronto Soccorso calcolando tale tempo al netto dell'attesa in sala triage.

Richiesta esami e consulenze di Pronto Soccorso o OBI

La richiesta di esami e consulenze, attraverso il Pronto Soccorso o l'OBI, deve soggiacere ad un duplice obiettivo:

- Dirimere dubbi diagnostici del medico di guardia;
- La problematica per cui la prestazione viene richiesta deve essere urgente

Per tale motivo, sulla richiesta di esami e consulenze deve essere riportato il sospetto diagnostico ed eventuali motivazioni accessorie circa i dubbi diagnostici del medico che richiede la consulenza.

Risk Management

Al fine di analizzare gli errori e trovare possibili rimedi è stato costituito un gruppo di lavoro formato dal Direttore dell'U.O., dal Capo Sala, e da un medico ed un infermiere nominati rispettivamente dai colleghi medici (dott.ssa Cucchiara) ed infermieri (I.P. Cacioppo) sotto la supervisione del Risk Manager aziendale e il responsabile Qualità.

Per tutto il personale esiste la possibilità di segnalare in forma anonima o non eventuali near misses che si sono verificati.

Allo studio un documento, da compilare in maniera anonima, per la segnalazione di eventi avversi o near misses.

La commissione ha lavorato introducendo alcune innovazioni:

1. Rapporti diretti con l'URP
2. Scala di comando ed assegnazione rigida dei compiti sia per medici che infermieri
3. Introduzione di compiti dell'Infermiere Responsabile del Turno nella gestione, in autonomia infermieristica, di alcuni codici di triage e di alcuni "Sintomi Principali" utilizzati nelle Schede di Triage
4. Segnalazione di possibili incongruenze nella richiesta di esami radiologici fra lato della lesione segnalato al triage e lato su cui si richiede l'esame radiografico
5. Incontro con il Direttore dell'U.O. di Patologia Clinica per l'esecuzione rapida degli esami per i pazienti Urgenti o con Emergenze

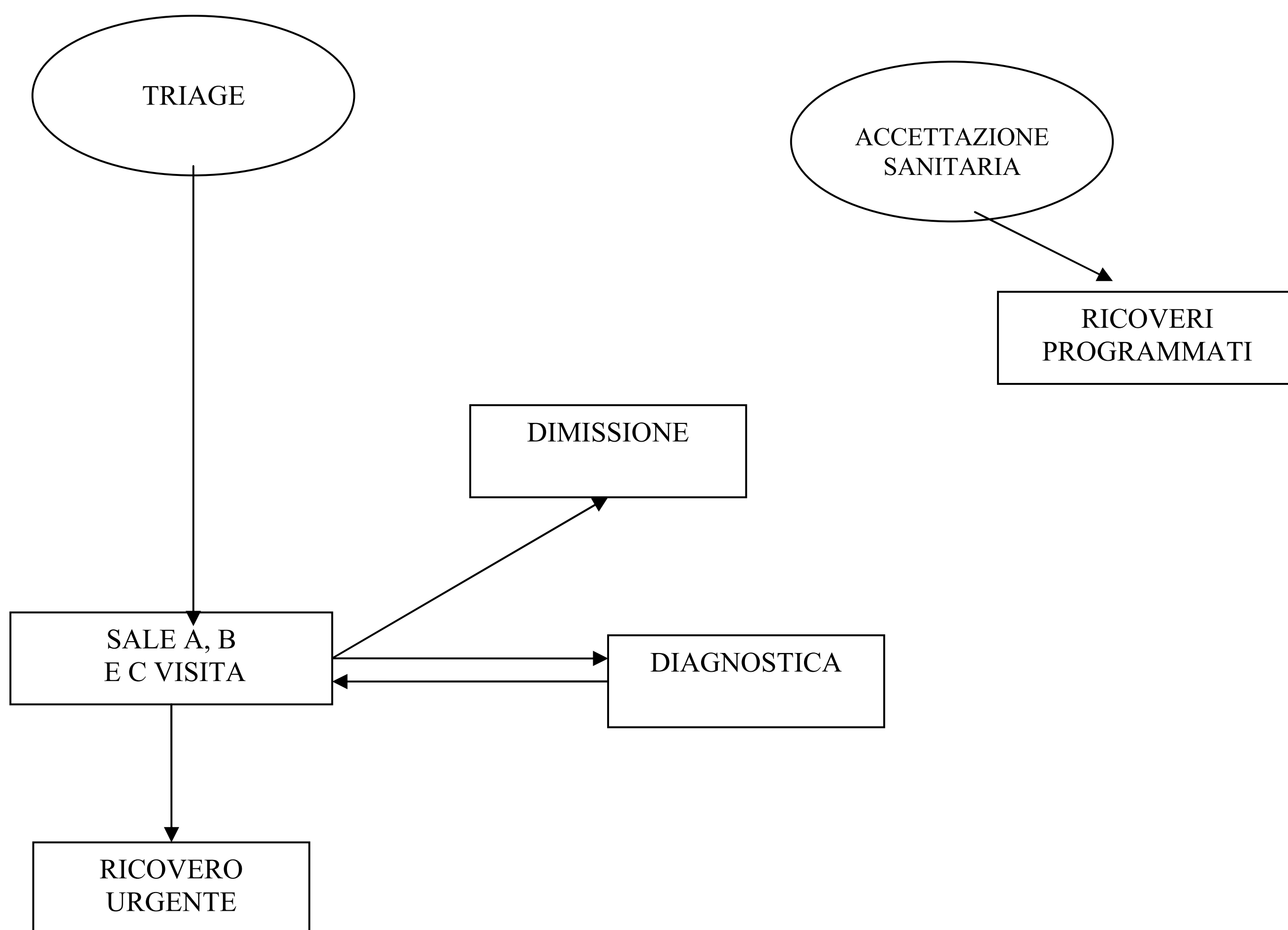
Prevenzione cadute

Al fine di evitare danni collegati alle cadute il pavimento delle sale visita è rivestito in materiale plastico relativamente morbido che riduce i danni conseguenti a caduta.

Per evitare che il paziente cada dalla barella, tutte le barelle sono fornite di sponde anticaduta, incernierate sulla struttura della barella per essere sempre disponibili.

Si cerca per quanto possibile di evitare l’ingresso in sala di parenti o accompagnatori; a tal proposito, a discrezione del medico, è tollerata al massimo la presenza di un accompagnatore ed esistono apposite disposizioni che vietano la presenza di parenti o accompagnatori in caso di esecuzione di manovre cruente (suture, cateteri venosi o cateterismi vescicali o naso gastrici, ecc.).

DIAGRAMMA DI FLUSSO



PIANO DI ATTIVITA'   ANNO 2010

OBIETTIVI		INDICATORI	VALORE NEGOZIATO
1	**Flussi informativi istituzionali**	**N° scadenze rispettate nella trasmissione dei flussi informativi %**	
2	**Miglioramento attività di ricovero ordinario nel Presidio**	**N° dimessi 0/1 gg Azienda (escluso P.S) con tipologia di ricovero"urgente" --- x 100 N° dimessi Azienda(escluso P.S.) con tipologia di ricovero "urgente"**	**< anno 2010**
3	**Linee guida, percorsi diagnostico terapeutici e protocolli operativi (come da nota ass. n.2487 del 26/5/2010)**	**Revisione delle linee guida e protocolli in uso da inviare all'U.O.S. Sistema Qualità Aziendale**	

CAPITOLO 4 – COMUNICAZIONE

4.1 COMUNICAZIONE ESTERNA

4.1.1 Gestione flussi informativi e comunicazione esterna

Tutte le comunicazioni, circolari, che arrivano alla U.O. sono portate alla visione del Responsabile dell'U.O. Le stesse, ove si richiede la loro pubblicizzazione, sono affidate alla Capo Sala che provvede all'affissione, nella bacheca dell'U.O.

Le comunicazioni rimangono affisse in bacheca, almeno 15 giorni, quindi, vengono archiviate in un raccoglitore.

L'originale del documento è archiviato dal Dirigente Responsabile dell'U. O.

Per comunicazioni di particolare importanza o che intervengono nella modalità di erogazione di servizi o prestazioni può essere richiesta la firma per presa visione e quindi per l'inserimento nel registro dei protocolli.

4.1.2 Gestione reclami

L'U.O. gestisce eventuali reclami tramite colloqui con il Dirigente Responsabile, previo appuntamento.

L'utente può inoltre recarsi all'U.R.P..

Nel caso di eventi avversi, o di near misses, verrà data immediata comunicazione alla Direzione Sanitaria con relazione dettagliata su quanto avvenuto, a cura del Direttore dell'U.O., dopo aver sentito o aver ricevuto relazione dal personale coinvolto.

Dell'evento verrà data comunicazione all'apposita commissione interna per lo studio del caso e l'assunzione di eventuali contromisure.

L'adozione di protocolli conseguenti a tali fatti, sarà preceduto da un periodo di almeno tre mesi durante il quale si verificheranno gli effetti delle contromisure studiate. Di tale studio verrà avvertita la Direzione Sanitaria. Al termine del trimestre, se i risultati sono stati positivi, la proposta verrà trasformata in proposta di protocollo e seguirà l'iter individuato.

4.1.3 Gestione delle informazioni ai familiari

Le informazioni ai familiari sono regolate dalle norme a tutela della Privacy e dalla procedura aziendale.

Al momento del ricovero, nell'O.B.I., il paziente deve sottoscrivere il consenso informato alle cure ed il modulo di consenso al trattamento dei dati sensibili, individuando, eventualmente, la(e) persona(e) cui possono essere fornite informazioni sull'iter clinico ed indicate su apposito modulo sottoscritto dal paziente al momento della presentazione in P.S. o momenti successivi durante la permanenza in Ospedale.

Nel caso di paziente che giunge in Pronto Soccorso in stato comatoso o non in grado di intendere, si avvertiranno le forze dell'ordine per le comunicazioni di rito ai

congiunti, non appena possibile e compatibilmente con le necessità assistenziali del Pronto Soccorso/OBI.

I familiari del paziente ricoverato in O.B.I., previa sua preventiva autorizzazione, vengono ricevuti per informazioni dal Dirigente Responsabile o da Medico dell'U.O., da lui delegato, dalle 12:30 alle 13:00 di ogni giorno feriale.

Gli orari in cui i familiari possono essere ricevuti dai medici dell'U.O. sono esposti all'ingresso del reparto.

4.1.4 Gestione informazione al paziente

Il diritto all'informazione del paziente è prioritario e sempre rispettato all'interno dell'U.O.

Notizie circa lo stato di salute dello stesso vengono fornite dal Direttore dell'U.O. o da medico, da lui delegato, o, in assenza del Direttore dell'U.O., dal Medico inserito nella prima casella, alla sinistra di chi guarda, del turno di servizio affisso nell'apposita bacheca.

E' fatto espresso divieto a medici non delegati, capo sala, infermieri, ausiliari ed autisti di ambulanze di fare comunicazioni circa accertamenti, stato di salute ai pazienti, loro parenti e congiunti, al fine di avere un unico portavoce ed evitare possibilità di notizie non certe e frammentate che generano allarme e confusione, spesso non giustificati, negli interessati, con perdita di immagine per l'U.O., l'Ospedale e l'Azienda.

4.1.5 Informazione per gli utenti

Nel tentativo di migliorare la comunicazione esterna esiste un documento, affisso all'ingresso dell'U.O., dove sono esplicitati i diritti e i doveri dell'utente.

A) GUIDA AL PRONTO SOCCORSO

Il MCAU è dotato di uno strumento di comunicazione con l'utente esterno rappresentato dalla Guida al Pronto Soccorso e percorso di Pronto Soccorso che illustrano con modalità graficamente efficaci la funzionalità e l'organizzazione del MCAU.

Tale guida è pubblicata nella sala triage

B) SITO INTERNET

La comunicazione con l'utente esterno viene affidata anche a pagine dedicate poste sul sito internet aziendale, sul quale viene presentato il servizio e dove vengono trattati i principali temi che possono interessare l'utente esterno che intende ricorrere ai servizi del MCAU. La gestione del sito internet è sotto il controllo della Direzione che si avvale di un infermiere incaricato del continuo aggiornamento.

Lo strumento del sito internet mira a dare visibilità all'esterno al MCAU, a farne conoscere la funzionalità e l'organizzazione. Inoltre permette di trasmette all'esterno in appositi links l'attività scientifica e culturale effettuata dal MCAU.

4.1.6 Informazione e collaborazione con il Medico curante

Attraverso colloqui, diretti o telefonici, e dopo accertamento dell'identità, i medici dell'U.O. forniscono notizie al medico curante circa l'evoluzione del quadro clinico del paziente e, ove necessario, acquisiscono dati anamnestici e clinici dello stesso, nello spirito di un'ampia collaborazione ed integrazione.

Qualora il medico curante venisse a visitare il proprio assistito, il Direttore dell'U.O., medico da lui delegato o medico responsabile, compatibilmente con le necessità assistenziali, accompagnerà il collega nella visita.

Se un personale di comparto si accorgesse della presenza di un medico in OBI provvederà ad avvertire, immediatamente, un medico dell'U.O., che ricorderà al collega i principi deontologici sull'argomento.

4.1.7 Informazione e collaborazione con le Forze di Polizia Giudiziaria

Attraverso colloqui, diretti o telefonici, e dopo accertamento dell'identità, i medici dell'U.O. forniscono notizie alle forze dell'ordine circa il quadro clinico del paziente e la prognosi. I medici dell'U.O. informano, obbligatoriamente, nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le necessità assistenziali, circa pazienti che hanno subito lesioni con prognosi per la vita o con riserva sulla funzione, tentativi di suicidio o omicidio, lesioni da arma da fuoco, arma bianca o scoppio di materiale esplosivo, violenza o tentata violenza carnale ed in ogni caso in cui esiste obbligo di avviso secondo le leggi vigenti.

Nessun documento deve essere consegnato alle Forze di Polizia Giudiziaria senza approvazione della Direzione Sanitaria e comunicazione immediata al Direttore dell'U.O. e Capo Sala.

4.2 COMUNICAZIONE INTERNA

4.2.1 Gestione della comunicazione interna

Lo scambio delle informazioni tra il personale, medico e non, dell'U.O. avviene attraverso varie modalità:

- Visita generale pazienti
- Scambio di consegne tra il personale infermieristico e medico al momento del cambio di turno (sia verbale che scritto su apposito registro o nella scheda elettronica del paziente)
- Periodici meeting organizzati dal Dirigente Responsabile nei quali viene analizzata l'attività dell'U.O.
- Riunioni, al bisogno, per l'esame di specifiche problematiche
- Corrispondenza

Riunioni

La convocazione delle riunioni avviene tramite comunicazione scritta, del Dirigente Responsabile, in cui viene comunicata l'ora, la sede e l'Ordine del Giorno, affissa in apposita bacheca, autorizzata dalla Direzione Sanitaria ed Amministrativa per il riconoscimento del debito orario che ne deriva.

Solo eccezionalmente e per riunioni con all'oggetto argomenti particolarmente urgenti potrà essere saltata la fase autorizzativa della Direzione Sanitaria/Amministrativa.

La riunione del personale è una riunione di tutto o di parte del personale che viene convocata o dal Direttore o dal Capo Sala. Viene convocata tramite avviso affisso in bacheca. Colui che convoca la riunione incarica un partecipante della stesura del verbale che viene approvato alla riunione successiva e posto nel registro delle riunioni.

Corrispondenza

Le Comunicazioni Interne vengono pubblicate nella bacheca dell'U.O., e conservate nel fascicolo Comunicazioni. Le comunicazioni Interne più rilevanti vengono anche unite ad un Modello di distribuzione per verificarne la diffusione. Inoltre tutte le Comunicazioni verranno rese visibili in intranet nella cartella “linee guida e protocolli” presente su tutti i computer dell'U.O..

La corrispondenza con altre UU.OO. o con la Direzione Sanitaria viene redatta su carta intestata ed una copia cartacea viene conservata nel raccoglitore “corrispondenza in uscita” a cura del Capo Sala.

CAPITOLO 5 – ATTREZZATURE

4.1 Elenco delle attrezzature

Le attrezzature in dotazione all' U.O. sono a norma CE. Possono essere così classificate

a. Attrezzature sanitarie generali:
   - Sterilizzatrice a vapore Getinge GE 224 CD VAC
   - Lavastrumenti Getinge 1345

b. Attrezzature sanitarie specifiche:
   - Elettrocardiografo Philips PageWriter Trim III
   - Elettrocardiografo Philips PageWriter TC30
   - Monitor defibrillatore semiautomatico Schiller DEFIGRAD 5000
   - Monitor defibrillatore semiautomatico Lifepak 12
   - Emogasanalizzatore Roche opti cca
   - Laringoscopio di Bullard a visione diretta adulti
   - Laringoscopio di Bullard a visione diretta pediatrico
   - Carrello di emergenza
   - Apparecchio per CPAP Boussignac
   - Valigia per l'emergenza
   - Aspiratore elettrico portatile Gambo Soxil 45
   - Macchina per il ghiaccio Angelo Po
   - Quattro aspiratori da collegare al vuoto
   - Sterilizzatrice a secco
   - Saldatrice Gandus Medical H400
   - Vaporizzatore Mondomed NV
   - Frigorifero per farmaci Medical Project
   - Monitor Multiparametrico Datascope Trio
   - Maschere laringee
   - Sterilizzatrice ad autoclave ZEUS
   - Massaggiatore Cardiaco Esterno Lucas 2

4.2 Gestione ordini attrezzature

Gli ordini di nuove attrezzature vengono formulati dal Dirigente Responsabile dell'U.O. che, in conformità alle direttive aziendali, vi provvede con pianificazione annuale e in caso di necessità.

La pianificazione annuale viene stilata, previa consultazione del personale medico e della capo sala, in funzione degli obiettivi assistenziali da raggiungere e delle esigenze di rinnovo della dotazione materiale.

Le richieste vengono formulate tramite modulistica aziendale.

4.3 Gestione guasti e/o rotture arredi ed ausili

In caso di guasto o rottura di arredi ed ausili, ad opera della Capo Sala, viene formulata richiesta di riparazione su apposito **modulo richiesta intervento tecnico** da inviare all'Ufficio Tecnico.

L'arredo non funzionante viene segregato con apposizione di cartello indicante il non funzionamento o se possibile, ritirato dalle sale visita.

4.4 Manutenzione preventiva e correttiva delle attrezzature

- Manutenzione preventiva

Per Manutenzione Preventiva s'intende la periodica esecuzione di tutte quelle operazioni di controllo e messa a punto tendenti ad assicurare il normale e perfetto funzionamento delle apparecchiature tramite la prevenzione dei guasti.

La manutenzione preventiva delle apparecchiature è uno degli elementi fondamentali di qualsiasi servizio gestionale delle tecnologie biomediche; essa, infatti, permette di conservare nel tempo le apparecchiature, riducendo, tramite gli interventi programmati, le possibili disfunzioni derivanti dall'uso quotidiano.

Essa avrà quindi lo scopo di limitare l'insorgenza dei guasti, quando questi sono in qualche modo ricollegabili all'usura di parti costituenti l'apparecchiatura.

E' predisposto dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria un piano di manutenzione preventiva consistente nella programmazione di manutenzioni periodiche con frequenza adeguata alle caratteristiche costruttive e di funzionamento delle apparecchiature ed al loro specifico uso.

La cadenza delle manutenzioni programmate dovrà essere in accordo con quanto prescritto dal costruttore e riportato nel manuale di servizio dell'apparecchiatura.

La manutenzione dovrà prevedere, anche, alla sostituzione di quelle componenti di limitata affidabilità secondo la frequenza che sarà adeguata alla necessità di buon funzionamento delle apparecchiature in condizioni di sicurezza delle stesse.

L'infermiere responsabile del turno dovrà rispettare quanto previsto nell'apposita Check List con operazioni di manutenzione ordinaria giornaliera, segnalando le problematiche verificatesi al Capo Sala che provvederà all'invio delle richieste di verifica o riparazione, possibilmente nella stessa giornata di segnalazione del guasto, nei giorni feriali (escluso il sabato), ovvero nel primo giorno feriale utile successivo.

- Manutenzione correttiva

Per Manutenzione Correttiva si intendono tutte quelle procedure atte ad accertare la presenza di un guasto o di un malfunzionamento di una apparecchiatura biomedica, individuarne la causa, adottare tutte le misure per garantirne il ripristino delle normali condizioni di funzionamento, il controllo e la verifica finale della funzionalità.

Viene effettuata a richiesta del Dirigente Responsabile o suo sostituto, al verificarsi del guasto tecnico, su apposito modello aziendale (MAN_xxx).

- Manutenzione straordinaria

Si intendono tutti quegli interventi di manutenzione, che possono identificarsi con attività non propriamente riconducibili alla gestione ordinaria delle apparecchiature, ma connesse essenzialmente a ristrutturazioni, aggiornamenti tecnologici, adeguamenti normativi, trasferimenti strutturali, ecc.…

Di norma sono richiesti dal Dirigente Responsabile dell'U.O.

4.5 Formazione del personale all'uso delle apparecchiature

L'addestramento del personale all'utilizzo di nuove apparecchiature viene realizzato attraverso la consultazione del manuale d'uso delle stesse e mediante incontri teorico-pratici con i tecnici della ditta fornitrice o dai medici dell'U.O. individuati allo scopo.

CAPITOLO 6 – FORMAZIONE

6.1 Inserimento, affiancamento, addestramento

Per neo assunto si intende un Operatore inserito per la prima volta in una U.O. o un lavoratore trasferitosi presso l'U.O. da altra sede/Servizio/U.O..

Tale personale prende servizio sotto la diretta sorveglianza del Direttore dell'U.O. per il personale medico e sotto la diretta sorveglianza del Capo Sala per le altre figure professionali.

Direttore e Capo Sala possono assegnare il compito di seguire il personale di nuova assegnazione a medici o personale di pari qualifica.

6.1.1 Inserimento, affiancamento, addestramento personale dell'U.O.

Al fine di favorire l'integrazione del nuovo personale all'interno dell'organizzazione dell'U.O., si ritiene necessaria l'attuazione di un'adeguata procedura di inserimento/affiancamento che persegue le seguenti finalità:

- Favorire le capacità relazionali del neo assunto nell'attività routinaria propria della qualifica.
- Vagliare ed eventualmente completare le sue conoscenze teorico pratiche.
- Messa in atto di un metodo formativo che gli permetta, nel tempo, di raggiungere standard professionali di elevato valore tecnico e che permetta nel contempo di garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei comportamenti ed assicurare alti livelli di sicurezza per i pazienti e l'operatore stesso.
- Prevedere un sistema di autovalutazione dei bisogni formativi che, nel tempo, possono contribuire a definire il piano annuale di formazione e aggiornamento.
- Informazione e sottoscrizione per presa visione dei protocolli, delle linee guida, dei percorsi assistenziali e delle flow chart attive.
- Le linee guida ed i protocolli attivi sono presenti su intranet e raggiungibili da qualsiasi computer dell'U.O., possono essere stampati da chi ne fosse interessato. Ai neo assegnati verrà spiegato come visionarli.

6.2 Formazione e Aggiornamento

6.2.1 Oggetto

La presente procedura descrive le modalità organizzative legate alla formazione del personale medico, infermieristico e di supporto, dell'U.O. di M.C.A.U., in particolare per gli aspetti dell'aggiornamento attraverso la partecipazione a convegni e congressi, la realizzazione di iniziative interne e la frequenza presso centri specializzati.

6.2.2 Scopo

Con la procedura si intende :

a) Fornire percorsi comuni per l'accesso alla formazione al fine di garantire pari opportunità a tutto il personale;
b) Stabilire modalità per la valutazione e la documentazione delle iniziative di formazione;
c) Definire ruoli e responsabilità ai vari livelli.

6.2.3 Applicabilità

La presente procedura si applica nei casi di seguito elencati:
1) Organizzazione, realizzazione e partecipazione alle iniziative tenute all'interno della U.O.
2) Organizzazione, realizzazione e partecipazione alle iniziative tenute all'interno della Azienda;
3) Frequenza presso centri specializzati per l'acquisizione di particolari abilità secondo quanto previsto nel piano di formazione della U.O.;
4) Partecipazione a convegni e congressi, seminari, workshop organizzati presso terzi, coerenti con le finalità istituzionali e compatibili con le esigenze di servizio della UO;

6.2.5 Descrizione attività

Per i seguenti tre punti, le procedure qui identificate devono coordinarsi con le procedure aziendali attuali, ed una nuova versione di questa procedura deve essere definita ad ogni modifica delle procedure aziendali:
a) Partecipazione del personale medico ad attività di formazione organizzate da soggetti esterni all'azienda;
b) Partecipazione del personale sanitario infermieristico e sociosanitario ad attività di formazione organizzate da soggetti esterni all'azienda;
c) Programmazione, organizzazione e gestione di attività di formazione effettuate dall'U.O.

6.2.6 Partecipazione del personale medico ed infermieristico ad attività di formazione organizzate da soggetti esterni all'azienda ospedaliera

Sulla base di quanto riportato sopra i singoli medici e la Coordinatrice Infermieristica (per se e per gli Infermieri Professionali) propongono i propri percorsi formativi, corrispondenti agli obiettivi Aziendali e dell'U.O., che andranno ad integrarsi con quelli previsti dall'Azienda e dall'U.O., in modo da poter raggiungere la quota di crediti formativi annuali.

Valutata la loro congruenza, il RUO, in base al regolamento Aziendale per le attività di aggiornamento, compilerà il modulo di istanza di aggiornamento, determinando l'istituto con il quale intende far sostenere la frequenza (comando non obbligatorio, permesso retribuito, riserva oraria 4 ore/ settimanali), i giorni di assenza giustificata ed

autorizzando le eventuali relative spese. Invierà quindi tale modulo alla Direzione Sanitaria per l'accettazione definitiva e l'istruzione degli atti conseguenti.

6.2.7 Programmazione, organizzazione e gestione di attività di formazione obbligatoria effettuate dall'Azienda

L'aggiornamento obbligatorio, in sede, prevede la frequenza a corsi teorico-pratici ed a seminari organizzati dall'Azienda in base alle esigenze istituzionali in orario di lavoro. Il riconoscimento della presenza e delle ore di frequenza, come ore lavorative, avverrà in base all'apposizione della firma nel registro del corso e ove possibile attraverso il normale sistema di rilevazione delle presenza.

Tale aggiornamento può essere parte integrante del percorso di formazione annuo, definito dalla U.O., con le modalità sopra esplicitate. In tale caso i corsi e/o i seminari identificati nella programmazione annua o nel corso dell'anno vanno richiesti dal R.U.O. attraverso apposito modulo all'Ufficio Formazione perché sia valutata dall'ufficio stesso in rapporto all'attinenza con la programmazione annuale aziendale e dai Dirigenti Responsabili Sanitari di Presidio per l'attinenza agli obiettivi di sviluppo e strategici dell'Azienda.

6.2.8 Aggiornamento obbligatorio fuori sede

Frequenza obbligatoria a seminari, corsi teorico pratici o ad attività presenti presso altre strutture per l'acquisizione delle conoscenze necessarie allo sviluppo di capacità tecnico-cliniche, strumentali e organizzativo-gestionali atte a raggiungere gli obiettivi aziendali e della U.O.

- **In Comando**: istituto che si può utilizzare, per un periodo di tempo determinato, per realizzare la presenza del personale prescelto presso Centri, Istituti, Laboratori Nazionali, Internazionali e Stranieri ed altri Organismi di ricerca, che abbiano dato preventivamente il loro assenso.

L'Azienda, su proposta motivata del R.U.O., decide in ordine alla durata e alla corresponsione economica.

- **In Missione**: istituto che prevede anche la corresponsione della indennità di missione, oltre al rimborso delle spese autorizzate dal responsabile e nei limiti previsti dalle norme per i dipendenti pubblici.

Per la partecipazione a Congressi e Corsi non è riconosciuta di norma la missione.

Sia il Comando che la Missione è consentita di norma ad un solo dipendente.

La veste di responsabile di incarico professionale, corso per funzione previsto dalla legge, docente, relatore o presentatore di comunicazione scientifica, nell'ordine, costituiscono titoli preferenziali. L'impegno orario è considerato sino alla concorrenza del valore medio della giornata lavorativa.

Nel caso dell'Istituto della formazione obbligatoria, il dipendente deve assicurare la divulgazione delle nuove conoscenze acquisite:

- **All'interno del proprio ambito di lavoro** secondo le modalità stabilite dal Primario;

- **All'intera Azienda** con una relazione scritta da consegnare all'Ufficio Formazione che provvederà alla diffusione agli ambiti interessati.

6.2.9 Altri Eventi Formativi

Ove nell'ambito del programma annuale di formazione si individua la necessità di **programmare e organizzare simposi, seminari o corsi facoltativi per il proprio personale,** si procede inviando all'Ufficio Formazione, a responsabilità del RUO, un programma particolareggiato evidenziante: l'oggetto, l'obiettivo, la tempistica di realizzazione, i destinatari, i titoli delle relazioni e i relatori previsti, le spese valutate analiticamente e le eventuali sponsorizzazioni. L'Ufficio Formazione valuta il progetto in rapporto all'attinenza con la programmazione annuale aziendale e ai fondi previsti per la Formazione. La Direzione Sanitaria e/o Strategica valuteranno circa l'attinenza agli obiettivi di sviluppo e strategici dell'Azienda. In caso di valutazione positiva, d'intesa con l'Ufficio Formazione, si provvederà all'organizzazione della manifestazione stessa individuando, a cura del R.U.O. e dell'Ufficio Formazione, Segreteria e Direzione Organizzativa del corso.

6.3 Mantenimento Della Qualifica

Oltre al mantenimento dell'idoneità fisica, i criteri con i quali il personale mantiene la propria qualifica per continuare ad espletare la propria attività sono essenzialmente criteri di aggiornamento professionale.

Questi sono di carattere: obbligatorio e volontario

• Obbligatori

- Decreto Ministeriale 27 dicembre 2001 Accordo Stato - Regioni del 20 dicembre 2001 Legge 23 dicembre 2000, n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001) "
- Decreto Ministeriale 5 luglio 2000
- Decreto legislativo 229/99 recante "NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
- Contratto collettivo nazionale di lavoro quadriennio 1998-2001 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la partecipazione e l'acquisizione dei crediti previsti per i corsi accreditati dal Ministero della Sanità;

Le registrazioni sono effettuate dall'amministrazione dell'ASP – Trapani sulle schede inerenti lo stato di servizio di ogni dipendente;

• Volontari

Attraverso la realizzazione di percorsi professionali individuali.

Le registrazioni sono effettuate dall'amministrazione dell'ASP – Trapani sulle schede inerenti lo stato di servizio di ogni dipendente;

Le registrazioni della formazione volontaria individuale saranno effettuate solo se rientrano nelle strategie di formazione e sviluppo dell'unità, le cui linee attuali sono: triage, percorsi diagnostico-terapeutici nell'emergenza-urgenza, miglioramento della qualità.

6.3.1 MANTENIMENTO QUALIFICA MEDICI

a) DIRETTORE: DIRIGENTE MEDICO II LIVELLO

• Esperienza di tecniche di Management conseguiti in Corsi teorici e pratici accreditati secondo le normative vigenti (Corsi IREF e/o Master post-universitari).
• Mantenimento dell'idoneità fisica nel tempo. L'idoneità fisica viene verificata e convalidata annualmente da visita medica e da esami ematochimici da parte del Medico Competente dell'Ente, secondo le norme della legislazione Repubblica Italiana. La documentazione della idoneità fisica è conservata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente

b) DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO

• L'idoneità fisica deve essere mantenuta nel tempo: viene verificata e convalidata annualmente da visita medica e da esami ematochimici da parte del Medico Competente dell'Ente, secondo le norme della legislazione Repubblica Italiana. La documentazione della idoneità fisica è conservata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.

Ci sono diverse modalità per l'aggiornamento dei Medici (comandi nel caso il Medico presenti lavori scientifici ai congressi in prima persona, congedi straordinari con riconoscimento dell'orario dedicato all'aggiornamento nel caso si partecipi come uditori).

La documentazione inerente Corsi e Congressi in Comando per il Personale Medico è depositata presso gli Uffici della Direzione Scientifica; il congedo straordinario viene gestito dall'Ufficio Personale della Direzione Sanitaria .

Le registrazioni inerenti gli aspetti volontari della formazione dei Medici sono elencate con documentazione relativa presso l'archivio dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani.

6.3.2 MANTENIMENTO QUALIFICA INFERMIERI E TECNICI

a) CAPO SALA, INFERMIERI, OTA e AUSILIARI:

L'idoneità fisica deve essere mantenuta nel tempo: viene verificata e convalidata annualmente da visita medica e da esami ematochimici da parte del Medico Competente dell'Ente, secondo le norme della legislazione Repubblica Italiana. La documentazione della idoneità fisica è conservata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.

b) MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA DI TRIAGE

• Gli infermieri già formati, affiancati da alcuni Medici del Servizio e dallo psicologo, costituiscono il nucleo di un gruppo interno al Pronto Soccorso di "formazione

permanente”, adeguando le proprie conoscenze alle evoluzioni organizzative e strutturali, avvalendosi di aggiornamenti continui.

Il Personale Infermieristico e tecnico, con parere favorevole del Direttore, può partecipare a Corsi e Congressi con Giornate Infermieristiche. E’ necessaria la convalida della Direzione Sanitaria a mezzo dell’Ufficio Infermieristico.

In atto possono eseguire il triage:

Amico Maria Pia, Barbara Francesco, Barbata Gaspare, Castelli Paola, Cacioppo Giovanna, Fazio Giuseppe (istruttore), Fria Giovanna, Incaviglia Matteo, Mannina Laura, Mazzara Nicola (istruttore), Oddo Vincenzo, Reina C. (incaricata), Restuccia Salvatore (istruttore), Simonte Mariano, Tumminia Roberto, Via Rosaria

CAPITOLO 7 – SISTEMA INFORMATIVO

7.1.GESTIONE DEL DATO

7.1.1 I dati

La rilevazione dei dati costituisce indispensabile strumento ai fini della modulazione dell'attività dell'U.O. in funzione degli obiettivi stabiliti con l'Azienda e della valutazione dei risultati raggiunti in termini di soddisfazione dei pazienti (customer satisfaction).

La responsabilità della rilevazione dei dati e della loro qualità, le modalità e i tempi della loro diffusione sono a carico del Dirigente Responsabile dell'U.O. che si avvale della collaborazione delle diverse figure professionali presenti all'interno dell'U.O.

7.1.2 Registrazione dei dati dell'OBI

L'attività svolta viene progressivamente registrata su modulistica cartacea e/o informatizzata. Tali registri sono:

- registro dei ricoveri ordinari – informatizzato e cartaceo
- registro interventi chirurgici - cartaceo

I registri dei ricoveri ordinari e in D.H. sono in consegna al Capo Sala che provvede, direttamente o attraverso un suo delegato, alla registrazione del paziente all'atto del ricovero riportando i dati di seguito elencati:

1. Numero progressivo
2. Numero cartella clinica
3. Cognome e nome
4. Età
5. Diagnosi di ingresso
6. Data dimissione (alla dimissione del paziente).

Il registro degli interventi chirurgici, in consegna al Responsabile dell'U.O., viene compilato dal personale medico e in esso vengono riportati i seguenti dati:

1. Numero progressivo intervento
2. Data intervento
3. Cognome e nome paziente
4. Età
5. Luogo di residenza
6. N° cartella clinica

7. Data di ingresso
8. Diagnosi
9. Tipo intervento effettuato
10. Medici operatori ed infermiere ferrista
11. Tipo di anestesia e Medico anestesista

7.1.3 Rilevazione dei dati

Trimestralmente, o secondo scalette temporali concordate con l'Ufficio Responsabile, ad opera del R.U.O. viene effettuata la rilevazione dei dati dai registri, già citati, e viene stilato un resoconto dell'attività svolta in funzione della tipologia della stessa.

7.1.4 Divulgazione dei dati

Il R.U.O., attraverso periodiche riunioni con il personale, provvede alla diffusione dei dati relativi all'attività svolta e alle progettualità da mettere in essere in funzione degli obiettivi da raggiungere.

7.1.5 Prestazioni interne rese ad altre U.O.

La rilevazione delle prestazioni interne, richieste da altre U.O., se redatte su modulistica dell'U.O., vengono effettuate su blocchetti in doppia copia, contenenti le seguenti informazioni:

- Unità operativa richiedente
- Anagrafica semplificata del paziente
- Codice prestazione (come da tariffario regionale)
- Personale coinvolto nella prestazione
- Attrezzature utilizzate
- Firma di chi esegue la prestazione

L'originale viene consegnato agli appositi uffici per gli adempimenti del caso.

Ogni mese, il coordinatore infermieristico raccoglie i blocchetti utilizzati, e registra le prestazioni effettuate e le invia utilizzando i programmi informatizzati predisposti dall'Ufficio Controllo di Gestione.

I blocchetti vengono archiviati all'interno dell'U.O.

7.1.5 Prestazioni interne chieste ad altre U.O.

La rilevazione delle prestazioni interne, richieste ad altre U.O., vengono redatte su modulistica dell'U.O., in doppia copia, ove possibile da programma informatico e contengono le seguenti informazioni:

- Unità operativa richiedente
- Unità operativa cui è richiesta la prestazione
- Anagrafica semplificata del paziente
- Data della richiesta
- Prestazione
- Motivazione o specifiche sulla richiesta
- Eventuali note concordate con l'U.O. di destinazione della richiesta
- Firma di chi esegue la prestazione

L'originale viene consegnata all'U.O. di destinazione per la rendicontazione. Copia viene inserita nel fascicolo paziente ed archiviate secondo le procedure previste.

Ogni mese, o arco temporale concordato con gli uffici appositi, il Coordinatore Infermieristico raccoglie le statistiche, e le invia, utilizzando la modulistica predisposta dall'Ufficio Controllo di Gestione.

7.1.6 Fogli di dimissione di Pronto Soccorso

Ogni paziente che viene accolto al triage riceve la scheda di triage che viene portata in sala visita e consegnata all'infermiere di sala. Rappresenta il primo documento di presa in carico del paziente. In questa scheda, attraverso la raccolta dell'anamnesi infermieristica, il paziente sottoscrive quanto detto all'infermiere e che l'infermiere ha chiesto tutte le notizie anamnestiche previste dalla scheda. Con la sottoscrizione della stessa, il paziente autocertifica di aver controllato i propri dati anagrafici e di accettare l'eventuale pagamento del ticket. Il documento ha pertanto valore medico legale e fa parte integrante della documentazione del paziente.

All'apertura della scheda di triage viene registrato in modo automatico l'ora attuale.

Per ogni accesso, che si ribadisce inizia con la scheda di triage, viene compilato un fascicolo, tranne che il paziente, chiamato in sala d'attesa non si sia spontaneamente allontanato. Se il paziente si allontana resterà traccia in archivio informatico, sull'ora di esecuzione del triage e sull'ora di chiamata e non presenza in sala d'attesa. Resta traccia, nell'archivio elettronico, anche delle rivalutazioni eseguite in sala d'attesa dall'addetto al triage.

Tutte le richieste di esami strumentali, consulenze, referti medici, certificati inail vengono registrati con scrittura dell'ora in cui avviene la stampa. Tutti i documenti stampati non possono più essere modificati per via informatica ed eventuali correzioni vanno sottoscritte a penna dal medico che apporta la correzione. Le stampe, di norma,

vengono eseguite in duplice copia, una per il reparto che esegue la prestazione, l'altra per il fascicolo accesso. I referti medici, invece, in triplice copia, una per l'archivio di Pronto Soccorso, una per l'archivio dell'ospedale, una per le Forze dell'Ordine. I certificati INAIL, secondo gli accordi con tale Istituto. I certificati INAIL, oltre che consegnati all'interessato, di norma vengono inviati entro 3 gg, per via telematica all'inail, come da disposizioni ed autorizzazioni vigenti.

Al termine dell'iter clinico diagnostico il paziente può essere **ricoverato,** ed in questo caso il fascicolo accesso viene allegato alla cartella clinica, di cui diviene parte integrante, o **dimesso** ed in questo caso l'infermiere raccoglie e conserva fino a fine turno tale materiale lasciandolo in consegna, ordinato per numero, al collega del turno successivo.

Il foglio di dimissioni, in duplice copia, verrà firmato per accettazione da parte del paziente nella copia che resta in P.S., firmato in entrambe le copie dal medico che dimette. Nel caso di correzioni, il medico sottoscriverà le correzioni apportate sul foglio dato al paziente, il paziente sottoscriverà le correzioni sul foglio che resta in P.S.

Il Capo Sala, ogni mattina feriale, controlla la congruità dell'archivio elettronico con i foglio di dimissione presenti, segnalando al Direttore dell'U.O. o persona da lui segnalata, le anomalie eventualmente presenti, ordina numericamente e per giorno i fascicoli e li organizza in carpette giornaliere. Correggerà eventuali errori sull'anagrafica del paziente riportate sul foglio di dimissione o sul referto.

Per 6 mesi tale materiale resterà nell'archivio di Pronto Soccorso per una rapida consultazione nel caso di richieste di copie da parte degli appositi uffici ospedalieri o per richieste di Polizia Giudiziaria. Trascorso tale arco temporale, vengono affidati all'archivio generale dell'Ospedale.

I referti medici prodotti giornalmente, vengono anche essi ordinati per giorno e numero. Una copia, se non ritirata dalle Forze dell'Ordine viene consegnata al Poliziotto dell'Ufficio di Polizia, che firmerà l'elenco dei referti ricevuti, una copia verrà inviata all'ufficio rilascio cartelle cliniche, che firmerà per accettazione la copia dell'elenco, una copia, con gli elenchi sottoscritti, come da descrizione precedente, resterà nell'archivio di Pronto Soccorso e successivamente inviata all'archivio generale.

7.1.7 Fogli di ticket di Pronto Soccorso

Ogni paziente che viene dimesso con codice bianco alla dimissione, oltre il foglio di dimissione riceverà la richiesta del pagamento del ticket di P.S. che potrà essere pagato, virtualmente consegnando copia dell'esenzione all'ufficio pagamento ticket o realmente con pagamento del dovuto alla cassa dell'ospedale o tramite bollettino postale.

Gli uffici ticket, in assenza di programma che scarica automaticamente tale prestazione, fornisce periodicamente, di norma settimanalmente, le copie dei ticket pagati, con aggiornamento continuo dell'archivio elettronico.

Il personale amministrativo che riceve il pagamento del ticket per via postale provvederà personalmente ad eliminare chi ha pagato dall'elenco dei "morosi".

L'elenco dei morosi può essere scaricato, dalla rete intranet dell'ospedale, dagli uffici addetti alla riscossione per i provvedimenti di propria competenza.

7.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE

I documenti dell'U.O. possono essere classificati in due tipi:

a) Tecnico-amministrativi: documentano l'organizzazione, le funzioni e i servizi erogati dall'Utecnico.O. e le modalità operative seguite per le attività tecniche e gestionali richiamando le procedure utilizzate.
b) Sanitari: comprovano l'attività sanitaria svolta.

7.2.1 PROCEDURA DI GESTIONE DOCUMENTAZIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA

Scopo e Campo di Applicazione

La presente procedura ha lo scopo di descrivere in dettaglio i criteri e le modalità di controllo della documentazione tecnico-amministrativa dell'U.O.; fornisce, inoltre le indicazioni circa il coordinamento delle attività connesse con tale attività, in modo da garantire l'adeguatezza, l'aggiornamento e la disponibilità dei documenti.

Responsabilità

Le figure responsabili dell'applicazione della presente procedura sono: il Responsabile dell'U.O. (R.U.O.), il Responsabile Qualità dell'U.O. (medico ed infermiere) ed il Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale (R.S.G.Q.A.).

La Documentazione tecnico-amministrativa dell'U.O.

I Documenti includono:

a) il Manuale della Qualità per l'Accreditamento;
b) Allegati al manuale;
c) Procedure, linee guida, protocolli;
d) Allegati alle procedure, linee guida, protocolli;

Emissione, Verifica e Approvazione

Ogni revisione dei documenti dell'U.O. è emessa dal R.U.O. che informa i responsabili qualità dell'U.O. e, prima di essere distribuita, è verificata ed approvata dal R.S.G.Q.A. con le seguenti modalità:

I Responsabili Qualità dell'U.O.:

a) Concordano con il R.U.O. l'obiettivo da raggiungere;
b) Redigono il documento;
c) Lo comunicano al R.U.O. che firma per verifica e approvazione ovvero suggerisce modifiche, con conseguente ritorno al punto b;

d) Ottenuta l'approvazione, lo inviano al R.S.G.Q.A. per la verifica;
e) Ricevuto indietro il documento, valutano le eventuali modifiche segnalate e provvedono alla rielaborazione del documento ripassando per i punti b-d;
f) Superata la fase di approvazione da parte del R.S.G.Q.A.;
g) Appongono la firma di emissione;
h) Forniscono copia del documento alle pertinenti funzioni e ai soggetti interessati, nel tipo di distribuzione per esso prevista, raccogliendo le firme per presa visione e conservandole insieme al documento originale.

Il R.S.G.Q.A.:
a) Esamina il documento e propone le eventuali modifiche da effettuare entro i tempi richiesti;
b) Sigla per verifica e approvazione il documento, se concorda con i contenuti.

Protezione dei Documenti e dei Dati

I Documenti Master e i Dati della Qualità sono conservati dal RUO in appositi raccoglitori.

I raccoglitori permettono di preservare l'integrità e la leggibilità dei documenti e dei dati proteggendoli fisicamente. Gli stessi sono opportunamente catalogati e conservati in archivio. Deve essere presente un secondo raccoglitore, identico a quello conservato dal RUO, con le copie dei documenti, esposto per una rapida consultazione nella stanza computer.

7.2.2 PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI DOCUMENTI DI ATTIVITÁ SANITARIA

OGGETTO

In questo documento verrà descritta la modalità di compilazione, conservazione e distribuzione della documentazione sanitaria prodotta dalla attività dell'U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

Si intendono per documenti di attività sanitaria i seguenti:
1. Cartella Clinica di RICOVERO ORDINARIO IN OSSERVAZIONE BREVE
2. Relazione di dimissione
3. Referti ambulatoriali di prestazioni di Pronto Soccorso
4. Referti medici

SCOPO

Lo scopo della presente procedura è di fornire una modalità omogenea per la gestione dei documenti sanitari nell'ambito dell'U.O. e garantire le modalità di compilazione degli stessi in modo che tutti gli operatori sanitari si adeguino in modo uniforme a queste norme che rispondono sia a requisiti di legge sia a requisiti di razionalizzazione e di trasparenza.

RESPONSABILITÁ

La responsabilità nella produzione e conservazione dei documenti di attività sanitaria è di pertinenza del R.U.O.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

I documenti di riferimento per queste procedure sono quelli individuati dalle leggi e regolamenti vigenti, nonché dalle disposizioni della Direzione Sanitaria.

Cartella clinica

Generalità

La cartella è stata messa a punto per assolvere alle peculiari esigenze dell'assistenza ai pazienti della U.O. e, in particolare, per permettere la rapida consultazione dei parametri clinici ed ematochimici di ricorrente riscontro durante una degenza.

Composizione della cartella clinica

La cartella clinica (attualmente in uso presso la U.O.) si compone delle seguenti parti:

- INTESTAZIONE, contenuta nella prima pagina, che riporta i dati anagrafici del paziente, le date di ingresso e di uscita, le diagnosi d'ingresso e di dimissione.
- FOGLIO PER ANAMNESI ed ESAME OBIETTIVO
- FOGLIO PER DIARIO CLINICO GIORNALIERO e TERAPIA
- FOGLIO PER INTERVENTO CHIRURGICO
- FOGLIO PER CONSENSO INFORMATO ALLE CURE
- FOGLIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI
- FOGLIO PER DICHIARAZIONE DI PARTE, ESITO, CONSIGLI TERAPEUTICI ALLA DIMISSIONE
- FOGLIO DI RICOVERO

La descritta documentazione può essere sotto forma informatica e/o cartacea.

Ogni foglio riporta l'intestazione dell'Ospedale e della UO, il cognome e il nome del paziente e il numero di cartella/triage.

La cartella clinica si completa con l'acquisizione di:

- Referti degli esami di laboratorio e strumentali
- Referti consulenze specialistiche
- Relazione di dimissione
- Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La cartella di ricovero in Day Hospital viene differenziata da quella di ricovero Ordinario mediante l'apposizione sul frontespizio, bene in evidenza, della sigla D.H.

Criteri di redazione

La compilazione del frontespizio viene effettuata dalla Capo Sala e/o dal personale infermieristico in servizio al momento dell'ingresso del paziente nell'U.O.; le restanti parti sono a carico del Medico che accetta e ricovera il paziente.

Gli eventuali moduli utilizzati per la richiesta di accertamenti devono essere compilati in modo completo e accurato dal Medico.

Il personale infermieristico deve raccogliere in cartella i risultati degli esami e delle visite effettuate durante la degenza.

Conservazione della cartella clinica

- Durante il ricovero in Day Hospital le cartelle cliniche sono conservate nell'ambulatorio di D.H. fino al completamento delle indagini programmate dal medico. Successivamente le cartelle vengono conservate in apposito armadio posto all'interno della sala medici e prelevate ad ogni successivo accesso del paziente. Alla dimissione, la cartella completata in ogni sua parte a cura del medico che dimette, viene trasmessa al R.U.O. per il controllo della stessa e la compilazione della SDO. Al termine, di questo iter, la cartella viene inviata all'archivio del presidio ospedaliero per l'archiviazione definitiva.
- Nel caso di ricovero ordinario le cartelle sono conservate in apposito carrello posto nell'infermeria del reparto. Alla dimissione la cartella segue l'iter in precedenza descritto.

Relazione di dimissione

La relazione di dimissione viene redatta dal Medico su apposito schema che può essere cartaceo o informatico e stampata in duplice copia. Dopo la sottoscrizione del Medico dimettente, una copia cartacea viene allegata alla cartella clinica e una viene inviata al Medico curante tramite il paziente, con l'indicazione di ripresentarla ai successivi controlli ambulatoriali o in D.H.

Periodicamente l'archivio informatico delle relazioni di dimissioni viene salvato su supporti magnetici ed archiviato.

Referti ambulatoriali

I referti relativi alle prestazioni ambulatoriali redatti su apposito ricettario dell'U.O. vengono inviati in busta chiusa al Medico curante a mezzo del paziente.

Su apposito registro (Registro delle prestazioni ambulatoriali) vengono annotate dal Medico che ha effettuato la prestazione tutte le informazioni relative alla stessa e le generalità del paziente.

ACCESSIBILITÁ/RISERVATEZZA

La presente procedura è accessibile a tutto il personale dell'U.O. ed è conservata nell'archivio dell'U.O. sotto custodia del R.U.O.

Sicurezza

Al fine di garantire la sicurezza del dato informatico, ogni volta che viene stampato un documento è necessario:

1) Inserire la password personale
2) Stampato il documento, sulle nuove stampe sono presenti contrassegni identificativi che permettono di riconoscere le ristampe rispetto al documento originale.
3) Il documento stampato non è più modificabile. Possono essere riportate delle correzioni a penna che vanno sottoscritte dal medico, nella copia che viene rilasciata all'utente finale, dal paziente, nelle copie che restano in archivio al Pronto Soccorso, dei documenti consegnati al paziente. Nel caso di documentazione interna all'ospedale le correzioni vanno sottoscritte dal medico responsabile in tutte le copie, fra questi ultimi documenti è inserito il referto medico.
4) Nel caso di errori nell'anagrafica del paziente o nell'attribuzione del ticket, il Direttore dell'U.O., il Capo Sala e persone da loro espressamente delegate, sono in possesso delle chiavi elettroniche per apportare le eventuali modifiche, previa presentazione di documento di riconoscimento che verrà allegato alla copia della certificazione cartacea che resta in archivio.
5) La correzione di dati sensibili, quali la diagnosi e terapie praticate, pur essendo possibili, ad opera esclusiva del Direttore dell'U.O., restano sconsigliate per motivi medico – legali.
6) L'inserimento della password comporta la registrazione di chi tramite password stampa il documento per futuri controlli e certezza sull'esecutore della procedura.
7) Gli orari, di norma vengono apposti automaticamente dal programma informatico e non possono essere corretti.
8) Ogni richiesta di prestazioni sul paziente riporta una diagnosi che, stampato il documento non può essere più modificata, pertanto dalla storia delle richieste si può risalire all'iter clinico e diagnostico fatto sul paziente.
9) L'archivio informatico viene conservato, di norma ogni 3 ore su supporto diverso da quello che conserva l'archivio in uso.

CAPITOLO 8 – PROCEDURE

CODICE	DESCRIZIONE	POSIZIONE
PRC_001	Linee Guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia	Regionale
PRC_002	Protocollo afflusso elevato numero di pazienti e procedure di emergenza	Regionale
PRC_003	Protocollo Inserimento Linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.	Locali U.O
PRC_004	Gestione Infermieristica del Codice Rosso	Locali U.O
PRC_005	Triage	Locali U.O
PRC_006	Linee Guida Ministeriali sugli accertamenti radiologici nel trauma	Nazionale
PRC_007	Linee Guida Ministeriali sulla Sindrome Influenzale	Nazionale
PRC_008	Linee Guida Regionali H1N1 e Piano Aziendale per la Pandemia + disposizioni al Personale del P.S.	Locale Aziendale
PRC_009	Rifiuti pericolosi e a rischio infettivo	Locale P.O.
PRC_010	Protocollo medicazioni	Locali U.O
PRC_011	Protocollo ausiliari	Locali U.O
PRC_012	Protocollo alcolemia	Locali U.O.
PRC_013	Protocollo scheda infermieristica	Locali U.O.
PCR_014	Linee guida trasferimenti in altri nosocomi	Locale P.O.
PCR_015	Protocollo Trauma Cranico Minore	Locali U.O.
PCR_016	Linee guida emergenza SUES 118	Regionale
PCR_017	Protezione pz non in grado di offrire il consenso informato	Locale P.O.
PCR_018	Linea guida ticket Pronto Soccorso	Locali U.O.
PCR_019	Linee Guida ricovero Rianimazione	Locale P.O.
PCR_020	Linee Guida ricovero UTIN	Locale P.O.
PCR_021	Linee Guida su misure di Isolamento	Locale P.O.
PCR_022	Linee Guida su prevenzione infezioni vie respiratorie	Locale P.O.
PCR_023	Protocollo Uso Maschera Laringea	Locali U.O.
PCR_024	Linee Guida Ictus Cerebri	Locali U.O.
PCR_025	Linee Guida ricoveri non urgenti	Aziendale
PCR_026	Linee Guida Prevenzione episodi lipotimici	Locali U.O.
PCR_027	Linee Guida segnalazione di avvelenamenti, assunzione di cibi guasti o contraffatti o fitofarmaci	Locali U.O.
PCR_028	Iter provette per esami di laboratorio	Locale P.O.
PCR_029	Criteri di valutazione del personale (contiene,anche, gli obiettivi dell'U.O. per infermieri e medici)	Locali U.O./Aziendali
PCR_030	Protocollo Sbarellamento	Locali U.O.
PCR_031	Protocollo TeleConsulenza neurologica	Regionale

PCR_032	Protocollo Compilazione del Referto Medico e referto non obbligatorio	Locali U.O.
PCR_033	Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica	Locale P.O.
PCR_034	Linee Guida Tirocinanti e volontari	Aziendale
PCR_035	Linee Guida esecuzione consulenze interne	Locale P.O.
PCR_036	Linee guida per gli autisti: disinfezione e verifica ambulanze	Locale U.O.
PCR_037	Carta della salute	Regionale
PCR_038	Rapporti con il PTE, PPI, Ambulatorio infermieristico territoriale	Locale U.O.
PCR_039	Infermiere responsabile del turno	Locale U.O.
PCR_040	Gestione del sangue e trasfusioni	Locale P.O.
PCR_041	Prevenzione delle cadute e paziente fragile	Locale U.O.
PCR_042	Identificazione del paziente	Locale U.O.
PCR_043	Igiene delle mani	Locale P.O.
PCR_044	Richiesta consulenze altri nosocomi	Locale U.O.
PCR_045	Modifica Protocollo trasferimento	Locale U.O.
PCR_046	Trattamento dati paziente "anonimo"	Locale U.O.
PCR_047	Violenza	Locale U.O.
PCR_049	Carta della Salute	Regionale
PCR_050	Consenso Informato	Locale U.O.
PCR_051	Protocollo Uso del Massaggiatore Cardiaco Esterno	Locale U.O.
PCR_052	Trasferimento Cardiochirurgia ISMETT	Locale U.O.
PCR_053	Frattura anca over 65	Locale U.O.
PCR_054	Protocollo Gestione Farmaci	Locale U.O.
	Varie disciplinari	
	Acronimi utilizzati in Pronto Soccorso	

CAPITOLO 9 – REQUISITI ORGANIZZATIVI

I requisiti organizzativi sui quali la struttura di Pronto Soccorso Accettazione (MCAU) basa la propria attività sono: obbligatori e operativi

Requisiti Obbligatori

Impianto normativo:

- D.Lgs 502/97
- D.Lgs 517/93
- D.L.229/99
- Autorizzazioni
- Accreditamento Istituzionale
- Accordi contrattuali
- D.P.R. 14.01.97 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- L.R.11.07.97 N°31 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.
- D.G.R. 06.08.98 N° 6/38133
- Attività di gestione della Qualità (riferito a schema organizzativo UNI EN ISO 9001:2000)
- Le registrazioni e i documenti correlati sono indicati a fine paragrafo. Tutti i Decreti normativi cogenti sono archiviati presso l'Archivio dell'Ufficio Legale.

Requisiti Operativi

Gli aspetti organizzativi operativi riguardano:

a) rilevazione necessità
b) gestione delle risorse umane
c) gestione delle risorse tecnologiche
d) gestione delle emergenze
e) gestione dell'attività ordinaria
f) gestione della comunicazione

a) RILEVAZIONE NECESSITÀ

Dall'elaborazione statistica (svolta semestralmente dal Direttore) dei dati inseriti derivano importanti e utili informazioni sullo svolgimento dell'attività ordinaria e straordinaria di Pronto Soccorso e quindi si possono rilevare delle necessità. Dall'analisi dei dati si evidenziano infatti:

• I periodi stagionali, le giornate, le fasce orarie di maggior afflusso dell'utenza (di solito in correlazione al periodo delle epidemie influenzali, dei lunghi ponti festivi senza

supporto dei Medici di Medicina Generale e dei Poliambulatori sul territorio, delle ore della tarda mattinata e serali fino a mezzanotte).

• I tempi di attesa dal triage alla visita medica suddivisi per codici colore, suddivisi per fasce orarie e giorni settimanali.

• Le indagini statistiche vengono utilizzate, dal 2011, per la valutazione del personale secondo i protocolli concordati ad inizio anno con il personale (vedi protocollo valutazione)

b) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

L'attività lavorativa del MCAU si basa sui turni del Personale Medico, Infermieristico, Ausiliario ed autisti ambulanza.

Medici

I turni del Personale Medico vengono redatti mensilmente dal Direttore.

Sono così organizzati: 8,00-14,00; 14,00-20,00; 20,00- 8,00. Ciascun Medico può svolgere un turno diurno di 6 ore consecutive e notturno di 12 ore (come da accordi sindacali con deroga all'orario massimo previsto di 8 ore). Tra due turni consecutivi deve essere previsto un riposo di 11 ore.

Sono inviati alla Direzione Sanitaria entro il 25 del mese precedente (come richiesto dall'Ufficio Personale della Direzione Sanitaria) e vengono, contemporaneamente, comunicati ai Dirigenti Medici.

I cambi dei turni di guardia vengono consentiti solo per motivi eccezionali (malattie, malesseri o cause maggiori); ogni cambio di Guardia è concordato e viene controfirmato dagli interessati, con supervisione del Direttore.

L'orario da svolgere per ciascun Medico è quello stabilito dal Contratto Nazionale del Lavoro; ne fa fede la timbratura. La dimenticanza di timbratura in entrata e in uscita viene documentata e firmata dall'interessato su apposito modulo e supervisionata dal Direttore, viene poi inviata all'Ufficio Personale della Direzione Sanitaria, come da apposito regolamento aziendale.

Se per qualsiasi motivo deve essere modificato significativamente l'orario delle guardie, il direttore emette un nuovo orario specificando l'edizione e la data di emissione sul nuovo orario.

Dall'analisi delle necessità emerse dai dati raccolti, dall'Ottobre 2010 è sempre garantita la presenza di due Medici nell'orario diurno (feriale) e notturno.

Il turno di servizio, nelle ore 14,00-8,00 è rafforzato da una pronta disponibilità, nei giorni feriali; nei giorni festivi la reperibilità è h 24 (ore 8,00-8,00 dell'indomani).

Di norma il turno di pronta disponibilità feriale è assicurato da uno dei medici di guardia di mattina, la reperibilità nei giorni festivi è assicurato da uno dei medici liberi dal servizio.

Tra i significati di questa reperibilità c'è la necessità di rispondere in maniera ottimale ad iperafflussi di pazienti e/o quello di accompagnare pazienti, dell'MCAU, in altri nosocomi se necessitano di assistenza medica.

E' inoltre possibile che, nei mesi in cui vi è disponibilità di personale medico, alcuni turni verranno rinforzati, preferibilmente i post festivi. Tale situazione si verifica, tipicamente, nei mesi in cui pochi medici chiedono ferie e non vi è nessun medico in malattia o congedo straordinario.

E' inoltre istituita la figura del Medico Capo Turno. Tale medico è individuato nel medico scritto al primo posto nel turno di servizio.

Il Medico Capo Turno è incaricato di svolgere l'attività di vicariamento della Direzione dell'U.O. MCAU, la gestione dei ricoveri programmati e delle problematiche che si possano presentare durante il turno di servizio. Per problematiche di maggior rilievo il Direttore dell'U.O. è sempre reperibile. Nei periodi di sua assenza, il medico individuato ad inizio anno, comunicato alla Direzione Sanitaria di presidio, lo sostituisce a tutti gli effetti per la gestione delle problematiche ordinarie.

Le ferie ordinarie (Contratto Nazionale del Lavoro) del Personale Medico sono programmate dal Direttore, garantendo sempre le esigenze del Servizio.

Il congedo straordinario del Personale Medico viene concesso per l'aggiornamento, secondo disposizioni dell'ASP Trapani; è pianificato dal Direttore, garantendo sempre le esigenze del Servizio. Le ferie e i congedi del personale medico sono gestiti secondo le norme previste nei "Turni Medici".

Il Direttore dell'U.O., inoltre, assume l'impegno di distribuire, tra i medici dell'U.O., in modo omogeneo i turni di servizio (festivi, mattine, pomeriggio e notti) e reperibilità consegnando, mensilmente, un prospetto con i turni espletati nell'arco temporale concordato con i medici.

Infermieri:

I turni del Personale Infermieristico sono sotto la diretta responsabilità del Capo Sala. Lo schema di turnazione è rappresentato dal turno in quinta con il problema di assicurare, possibilmente, 4 infermieri nelle ore diurne feriali e 3 nei festivi e nelle ore notturne.

Il Capo Sala controlla periodicamente la corrispondenza delle timbrature del personale infermieristico attraverso le comunicazioni mensili sull'orario di servizio espletato, inviato dall'apposito ufficio mensilmente all'U.O.

L'orario da svolgere per ciascun lavoratore è quello stabilito dal Contratto Nazionale del Lavoro; ne fa fede la timbratura. La dimenticanza di timbratura in entrata e in uscita viene documentata e firmata dall'interessato su apposito modulo. I cambi dei turni vengono consentiti solo per motivi eccezionali (malattie o cause maggiori); ogni cambio di Guardia è concordato e viene controfirmato dagli interessati, con supervisione del Capo Sala. Tali cambi vengono registrati in modo da poterne effettuare il monitoraggio.

Le ferie ordinarie (Contratto Nazionale del Lavoro) del Personale Infermieristico sono programmate dal Capo Sala, garantendo sempre le esigenze del Servizio.

Il congedo straordinario del Personale Infermieristico viene concesso per l'aggiornamento garantendo sempre le esigenze del Servizio.

Il Capo Sala, in base alle necessità emerse dall'analisi della statistica e in accordo con il Direttore, intensifica alcuni turni lavorativi, aggiungendo una unità in più.

Dal gennaio 1999 è entrata a regime la figura dell'Infermiere di Triage per ogni turno lavorativo diurno (festivi compreso) oltre agli infermieri di Sala.

Dal Gennaio 2010 è stata introdotta la figura dell'Infermiere responsabile di turno (vedi apposito regolamento).

I ruoli dei singoli infermieri durante un turno infermieristico sono i seguenti:

- Un infermiere Triagista
- Un infermiere di Sala 1
- Un infermiere di Sala 2
- Un infermiere Jolly (solitamente solo nel turno diurno), responsabile del turno.

La turnazione del Personale Infermieristico in questi singoli ruoli è stabilita dal Capo Sala, mensilmente, in base ad uno schema di turnazione variabile che tiene conto della formazione specifica e delle attitudini dei singoli infermieri.

Per la distribuzione degli infermieri nelle diverse postazioni di lavoro si utilizza un sistema flessibile di assegnazione alle diverse postazioni di lavoro a seconda delle condizioni di sovraffollamento al triage, negli ambulatori e nei locali dell'OBI.

Personale Ausiliario.

I turni sono prestabiliti con turnazione dal Capo Sala secondo le esigenze del Servizio con modalità del tutto analoghe a quelle descritte sopra per gli infermieri.

L'orario da svolgere per ciascun lavoratore è quello stabilito dal Contratto Nazionale del Lavoro; ne fa fede la timbratura.

Le ferie ordinarie (Contratto Nazionale del Lavoro) del Personale Infermieristico sono programmate dal Capo Sala, garantendo sempre le esigenze del Servizio.

c) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Le risorse tecnologiche in MCAU riguardano sia le risorse informatiche (hardware e software), sia le risorse delle macchine e degli strumenti.

Per la gestione delle risorse informatiche ci si interfaccia con il personale del Servizio Informatico; per le macchine in dotazione a questa U.O. all'Ingegneria clinica.

L'infermiere responsabile del turno controlla ad ogni inizio turno la presenza e la funzionalità delle apparecchiature secondo il protocollo check list e consegna il report al Capo Sala, tutte le mattine, segnalando eventuali anomalie.

d) GESTIONE DELLE EMERGENZE

Alterazione dei parametri vitali, ovvero codice rosso

Viene applicato il protocollo infermieristico sulla gestione codice rosso, cui si rimanda, pertanto sin dall'arrivo al triage il paziente viene accolto e non lasciato mai solo, ma assistito quanto meno da un infermiere.

Le emergenze che necessitano del rianimatore vengono gestite in MCAU con queste modalità fondamentali:

a) Se il paziente giunge con ambulanza e l'MCAU viene allertato in tempo verrà lasciata libera una stanza visita per accogliere immediatamente il paziente.

b) Se non è stato eseguito l'allertamento o il paziente è giunto con mezzo proprio, i pazienti con compromissione in atto di una delle funzioni vitali (codici rossi), vengono presi in carico e trattati da un medico di MCAU e possono essere gestiti nelle seguenti due modalità:

1) attività di consulenza da parte del RIANIMATORE rimanendo pertanto il Medico di MCAU il principale gestore e responsabile del paziente;

2) passando in consegna il paziente al Consulente, che da quel momento diventa il principale gestore e responsabile del paziente. Il Medico Rianimatore o il consulente hanno la possibilità di ricoverare il paziente nel proprio reparto o riaffidarlo al medico dell'MCAU.

La chiamata del Rianimatore viene inoltrata dal Medico del MCAU direttamente all'U.O. di Rianimazione (numero diretto 468 o 470) che invia uno dei Rianimatori (è prevista una apposita voce nella turnazione dei medici della rianimazione).

In caso di decesso del paziente vengono espletate dal Medico di MCAU, o dal Consulente che ha in carico il paziente, le procedure del caso (compilazione dei certificati di morte, eventuale richiesta di riscontro diagnostico, informazione dei parenti, richiesta consenso per prelievo di cornee se indicato, ecc.).

Nel caso di miglioramento della situazione clinica con stabilizzazione delle funzioni vitali, viene effettuato il trasferimento in un Reparto di Rianimazione (se il paziente ha bisogno di assistenza rianimatoria) o in Cardiologia (in caso di patologie cardiologiche acute) o presso altre U.O.. Il paziente viene trasportato nel Reparto di destinazione da personale addetto su barella.

Il paziente, se necessario, è accompagnato dal Medico Rianimatore, dal medico dell'MCAU o da un Infermiere che è intervenuto a gestire l'urgenza a giudizio del Medico di Guardia del MCAU e del rianimatore.

Nel caso di necessità di ricovero in U.O. non presente nel nosocomio (chirurgia toracica, vascolare o neurochirurgia) il paziente viene inviato con il mezzo più idoneo (eliambulanza, ambulanza), accompagnato da medico rianimatore, cardiologo, specialista, di MCAU o senza medico secondo i protocolli vigenti.

e) gestione delle maxi-emergenze

Vi possono essere situazioni in cui si realizza uno stato di eccessivo afflusso di pazienti con codici di gravità non procrastinabili (catastrofi), da gestire nel minor tempo possibile.

Al momento dell'arrivo o dell'allertamento dell'MCAU viene attuato il piano interno per la gestione della Maxiemergenza, cui si rimanda per completezza, che prevede innanzi tutto la chiamata dei reperibili, medico ed infermiere, del Direttore dell'MCAU e della Capo Sala o in loro assenza dei loro sostituti, l'accoglienza e lo smistamento immediato dei pazienti con il triage (conferma o riassegnazione del codice di gravità assegnati sulla scena della catastrofe).

Gli obiettivi principali sono di carattere temporale:

• Accesso immediato del paziente con codice rosso (in genere dopo avviso 118) nella sala emergenza principale,
• Accesso entro 10 minuti del paziente con codice giallo,
• Valutazione dei parametri entro 30 minuti del paziente con codice verde in collaborazione con infermiere non coinvolto in mansioni di emergenza.

In caso di eventi imprevisti con necessità di rinforzo con altro personale infermieristico e/o medico infermieristico in aggiunta al personale presente, va contattato il Reperibile dei Servizi Infermieristici che, informata la Direzione Sanitaria, mobilita da altri reparti le unità necessarie secondo quanto predisposto nel piano aziendale per le maxi emergenze.

In caso di necessità il corridoio antistante le Sale Visita può essere trasformato in locale assistenziale, come da apposite comunicazioni eseguite in Prefettura.

f) urgenze intraospedaliere

Esistono apposite linee guida emesse dalla Direzione Sanitaria che prevedono un primo intervento ad opera del personale dell'U.O. in cui si verifica l'evento o più prossima a tale locale. Tale personale provvede al primo intervento assistenziale ed all'eventuale trasporto in MCAU o all'allertamento dell'equipe rianimatoria.

L'MCAU può essere coinvolto nel trasporto in MCAU di urgenze che si verifichino in spazi comuni lontani da U.O., esempio piazzale antistante la palazzina emergenze.

g) gestione della attività ordinaria

La gestione dell'attività ordinaria avviene attraverso i processi operativi regolamentati dalle Procedure di Processo e dalle IO (Triage, Visita-Diagnosi, sistema informatico, accoglienza, Percorsi privilegiati dopo il triage, modalità di ricovero, attribuzione del reparto di ricovero, non ricovero) ai quali si rimanda.

CAPITOLO 10 – VERIFICA DEI RISULTATI

Presa visione dei report periodici dell'Ufficio Controllo di Gestione, il Direttore dell'U.O. convoca una riunione di reparto con l'obiettivo di verificare gli eventuali scostamenti dei risultati intermedi rispetto agli indicatori contenuti nella scheda di budget,

al fine di poter effettuare i necessari aggiustamenti per conseguire gli obiettivi specifici annuali.

Tutto ciò presuppone il massimo coinvolgimento del personale a tutti i livelli gratificandone il lavoro, valorizzandone la professionalità, le iniziative, la collaborazione, le capacità operative, consultive e decisionali in spirito autenticamente partecipativo e di diretta corresponsabilizzazione nel raggiungimento dei risultati.

Un'attenta analisi dei dati e delle problematiche da superare consente di individuare le eventuali modifiche e/o le modalità più idonee per migliorare i risultati ed i progetti previsti negli obiettivi annuali.

Raggiunti gli obiettivi, il Direttore dell'U.O. valorizzerà, tramite la scheda di valutazione, l'apporto individuale alla produttività dell'equipe.

CAPITOLO 9 – MIGLIORAMENTO

Il vero successo di un'organizzazione dipende dal saper comprendere le esigenze e le aspettative presenti e future degli utenti, dei miglioramenti tecnologici, delle tecniche e dei processi produttivi, così da poterle tradurre in caratteristiche del servizio e soddisfarle mirando a superare le stesse aspettative.

Tale processo deve provvedere, inoltre, a diffondere fra gli operatori, le tecniche migliori, provvedendo a correggere eventuali distorsioni, guardando sempre ad un miglioramento continuo della qualità del servizio offerto.

Il processo di miglioramento prevede, pertanto, diverse direttici: Formazione e Certificazione, Attrezzature, Personale ed infine, ma non ultimo, Valutazione della Soddisfazione dell'Utenza.

Formazione e Certificazione

Formazione

Tutto il personale del Pronto Soccorso, di nuova assegnazione, viene sottoposto a tutoraggio, come descritto nell'apposito capitolo di questo manuale al fine di rendere attivi e condivisi protocolli e linee guida vigenti ed ottenere che "tutti parlino la stessa lingua".

Ogni anno vengono organizzati, almeno, due corsi di triage base e due corsi di triage avanzato al fine di tenere sempre aggiornato il personale.

Annualmente viene organizzato un corso per infermieri, con funzione, anche di audit interno, volto al miglioramento della risposta fornita agli utenti

Certificazione

Il processo di crescita del Pronto Soccorso prevede la certificazione del personale.

Il processo di certificazione del personale medico ed infermieristico del personale medico ed infermieristico di questa U.O. è iniziato da qualche anno.

Il processo è stato portato avanti formando formatori nell'ambito del personale dell'U.O./Azienda ritenendo che avere formatori in sede aumenta il livello di conoscenza di tutta l'equipe e determina notevoli risparmi gestionali.

Il formatore è costretto, per mantenere la qualifica, ad aggiornarsi continuamente e così facendo determina un miglioramento della propria prestazione e per trasmissione orizzontale delle buone tecniche, di tutto il personale che lavora con lui, ovvero, visti i ritmi di rotazione, di tutta l'equipe.

Triage

Dal 2003 al 2005 sono stati eseguiti diversi corsi sul triage, agendo per conto dell'IPASVI di Trapani, e da allora tutto il personale infermieristico viene addetto al triage solo dopo aver maturato l'anzianità di 6 mesi in Pronto Soccorso ed aver frequentato un corso di triage.

All'interno dell'ASP Trapani, subentrata all'Azienda Ospedaliera, vengono organizzati due corsi di base, per 15 infermieri professionali e 10 medici, per istruire suklla metodica del triage il personale infermieristico e per far comprendere ai medici di P.S. cosa sia questa tecnica.

Dal 2011 verranno organizzati dei corsi di triage avanzato, da ripetere ogni due anni, per il personale infermieristico che già esegue la metodica, in modo da rinfrescare e ricordare i passaggi cruciali.

Obiettivi generali

Applicazione sistematica del triage, quale modello di indirizzo e selezione del paziente ai sensi dell'accordo tra il Ministro della salute, le regione e le province autonome, pubblicato sulla G.U. n.285 del 7.12.2001, in tutte le strutture regionali dotate di PS

Obiettivi specifici

Acquisire i principi contenuti nelle Linee Guida sul Triage elaborate da un gruppo di lavoro multidisciplinare al fine di uniformare e rendere condivisibile la sua applicazione in tutte le strutture dotate di PS

Essere in grado di applicare i principi contenuti nelle Linee Guida

Durata

24 ore

Responsabile

Direttore U.O. MCAU dell'Azienda

Docenti

Personale sanitario esperto dei protocolli di triage

Valutazione e certificazione

La valutazione è caratterizzata da una prova teorica e una pratica. Viene rilasciato un certificato da parte dell'ente o struttura di formazione nel caso in cui il candidato superi la prova. E' prevista inoltre una valutazione del corso attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento.

BLS-D

Nel 2009 tutto il personale medico ed infermieristico dell'MCAU è stato certificato BLS-D.

Nel 2010 è stata aperta la scuola BLS-D (I.R.C.) che ha eseguito 4 corsi, per 15 persone, nel 2010 ed a regime, dal 2011 e per gli anni a venire, prevede l'esecuzione di 16-17 corsi/anno per 15-20 persone, riservati, al momento, a medici ed infermieri, con priorità per chi lavora nel campo dell'emergenza urgenza (Pronto Soccorso, continuità assistenziale, PTE, ecc.).

La scuola ha già segnalato altri 5 possibili istruttori, al termine del processo formativo si prevede di poter migliorare l'offerta numerica di corsi.

La scuola prevede la vendita di corsi a persone estranee all'azienda al fine di autofinanziare l'acquisto/ricambio delle attrezzature e per la formazione degli istruttori.

Nel maggio 2011 tutto il personale medico ed infermieristico di questa MCAU, oggi in servizio, sarà BLS-D certificato.

La scuola permetterà, attraverso corsi di aggiornamento, di mantenere certificato tutto il personale medico, infermieristico ed appena possibile anche ausiliario ed autisti ambulanza.

ALS

Lo stesso processo seguito per il BLS-D è stato iniziato per la scuola ALS: 4 medici sono stati inviati al corso ALS tenutosi a Catania dal 28/2 al 3/3/11, due hanno ricevuto l'idoneità per la scuola istruttori.

Si è in attesa del corso istruttori per aprire la scuola ALS a Trapani.

Obiettivo dell'U.O. è che il processo si concluda entro 12 mesi con i primi corsi ALS tenuti da docenti aziendali e conseguente apertura della scuola ALS.

P BLS

Lo stesso percorso iniziato per le Scuole BLS-D e ALS sarà seguito per il P-BLS (bls pediatrico), ATLS (advanced traumatic live support) e P-ALS.

I tempi presunti, che sono legati all'IRC ed alle risorse aziendali, prevedono l'apertura della scuola P-BLS entro la fine del 2012, per il ATLS entro il 2013 e per il P-ALS entro il 2014.

Gli indicatori del processo sono:

ALS

Corso ALS a Trapani (luglio2011)

Certificazione di almeno 3 medici come istruttori ALS entro la fine del 2011-03-27 Inizio dei corsi aziendali ALS entro il primo trimestre 2012

PBLS

Certificazione di 6 – 8 medici entro il 2011 per il P-BLS

Certificazione di almeno 4 istruttori entro il primo semestre 2012, apertura dei corsi P-BLS entro la fine del 2012

Il planning per il P-ALS e l'ATLS verrà redatto all'apertura della scuola ALS

Ecofast

Se l'amministrazione decidesse per l'acquisto di ecografo per l'MCAU verranno organizzati, prima con medici che già eseguono la tecnica dell'ECO Fast, corsi (almeno due) per il personale medico dell'U.O., successivamente corsi interni a cadenza, almeno semestrale.

Obiettivi generali dei corsi sopra descritti

Acquisire le conoscenze teoriche e le capacità pratiche per effettuare le manovre di Rianimazione cardio polmonare (RCP) di base nell'adulto e nell'età pediatrica

Acquisire le conoscenze teoriche e le capacità pratiche per migliorare la risposta al politraumatizzato

Acquisire le conoscenze teoriche e le capacità pratiche per utilizzare il defibrillatore semiautomatico esterno (DAE)

Certificazione

Al personale che supera il test finale sarà consegnato brevetto internazionale dell'IRC, riconosciuto anche dall'ERC.

Simulazione su manichino

AUDIT

Ogni anno viene organizzato un corso per gli infermieri, ECM accreditato, con due ore di incontro mensili, per otto incontri, fondato su una lezione frontale di un'ora con argomento precomunicato all'ECM ed un'ora per l'audit sulle problematiche che si sono affrontate in P.S., segnalate da medici o infermieri, volte alla riduzione del rischio.

I docenti possono essere interni all'Equipe o provenire da altre U.O. per problematiche specialistiche diverse.

Personale

Medico

In atto la pianta organica è formata da 11 medici più l'apicale.

Tale dotazione è appena sufficiente a rispondere alle esigenze del Pronto Soccorso.

Sono necessarie al più presto almeno 4 unità per poter aprire e far funzionare l'OBI secondo le normative nazionali.

Saranno necessarie ulteriori 4 unità per aprire i 10 posti letto ordinari previsti dal piano di riordino ospedaliero.

Turnazione attuale del personale prevede 2 medici in tutte le fasce orarie escludendo le ore diurne (8-20) festive.

All'arrivo della 12° unità saranno raddoppiati tutti i turni di guardia.

All'arrivo della 13-15° unità si provvederà alla triplicazione delle guardie diurne cominciando da quelle a maggior rischio (lunedì e post festivi mattine) e proseguendo prima con i turni antimeridiani (8-14) e successivamente pomeridiani (14-20) e la contemporanea messa a regime dell'OBI con personale medico dedicato.

All'arrivo della 19° unità si provvederà ad avere 4 medici di guardia nelle ore antimeridiane e 3 nelle ore pomeridiane e notturne con personale medico dedicato all'OBI ed alla degenza Ordinaria.

Infermieri

In atto si hanno a disposizione 23 infermieri di cui 4 per l'accettazione sanitaria ed una Capo Sala.

Il personale infermieristico dedicato all'Accettazione Sanitaria ha delle patologie che impediscono il loro impiego in corsi od in P.S. ed assicura la turnazione 8-20 in tutti i giorni feriali escludendo i prefestivi in cui assicurano la presenza nelle ore antimeridiane (8-14) e nel festivo seguito da feriale in cui assicurano la propria presenza nelle ore pomeridiane (14-20).

Il numero di unità è idoneo rispetto al carico orario e di lavoro sopportato.

Il personale infermieristico, invece, è sicuramente non idoneo:

Capo Sala

Oltre il carico di lavoro legato alla qualifica deve provvedere al controllo ed all'archiviazione di tutto il materiale cartaceo prodotto, ovvero un fascicolo per ogni accesso non seguito da ricovero.

Deve provvedere, inoltre, alla consegna del materiale richiesto in copia dall'ufficio rilascio cartelle cliniche a seguito delle richieste del paziente.

Ogni paziente che richiede copia di documenti, consulenze, esami eseguiti in P.S. si reca all'Ufficio Rilascio Cartelle Cliniche, e tale ufficio esegue la copia del materiale cartaceo conservato in P.S. richiesto dal paziente.

Indispensabile l'assegnazione di un amministrativo per tutto questo lavoro di archiviazione, ricerca e produzione di copie.

Infermieri

Gli infermieri in dotazione eseguono una turnazione in 4 nel turno antimeridiano, ¾ nel turno pomeridiano, 3 nel notturno.

Il personale viene assegnato alla postazione di lavoro, con possibilità di intercambiarsi fra loro:

1 per il triage

1per ogni sala visita (2)

1 (quando disponibile) che provvede al rifornimento del materiale di consumo delle sale visita ed al controllo delle attrezzature ed interviene nel caso di codice rosso come secondo infermiere.

Con l'attuale organico non è possibile assicurare il post triage, una unità addetta all'OBI ed una unità addetta ai posti letto ordinari (oggi non attivati).

Sarebbero necessarie almeno altre 13 unità infermieristiche, come minimo.

All'arrivo di 7 unità si provvederà ad aumentare le presenze infermieristiche di una Guardia con assegnazione al post-triage/OBI di una unità infermieristica.

All'assegnazione di ulteriori 6 unità si assegnerà una unità, h 24 ai p.l. ordinari.

Tutto il personale infermieristico libero, nel caso di necessità/urgenza, opera nel luogo in cui questa si è verificata.

Nell'analisi risulta una stranezza: se per eseguire un ECG sono necessari circa 10' di tempo infermieristico, se nel 2010 6800 ecg non sono stati più eseguiti in

Cardiologia, come mai l'organico infermieristico del PS di Trapani è stato ridotto di 1 unità mentre quello della cardiologia è stato incrementato?

Ausiliari

In atto si dispone di una dotazione di 15 fra OSS ed AUS.

L'organico dovrebbe essere formato, oggi, da almeno 20 unità per le necessità di P.S.- OBI.

All'apertura dei P.L. ordinari saranno necessari almeno altre 6 unità.

Attrezzature

Un processo di miglioramento non può far meno di un progresso nelle attrezzature disponibili e nella capacità del personale medico ed infermieristico di utilizzarle.

ECG diagnostici:

Sono necessari un ecg diagnostico per ogni stanza visita (3), ed uno per l'OBI/post-triage.

Di questi, due sono già in attività, ed hanno permesso l'esecuzione di circa 6800 ECG in Pronto Soccorso, con anticipazione media di circa 30' nella diagnosi di IMA o di emergenze urgenze cardiologiche.

ne dovrebbero essere acquistati altri due (per il post triage e per l'OBI oltre ad uno per i p.l. ordinari quando attivati).

Monitoraggio del tratto ST: Circa 4000 pazienti, nel 2010, hanno eseguito una curva enzimatica (3 prelievi a distanza di 4 ore uno dall'altro), in atto senza monitoraggio dell'ECG per mancanza di attrezzature.

Si lascia immaginare il rischio corso da questi pazienti, cui non è stato monitorato l'ECG durante tutta la permanenza in OBI.

L'acquisto di tali attrezzature permetterà di aumentare la sicurezza del paziente, con immediata segnalazione di variazioni dell'ECG.

Il loro numero dovrebbe essere di uno ogni 2 p.l. OBI (ovvero 4 apparecchi) ed uno ogni 3 letti ordinari (ovvero 3 apparecchi).

Macchinario per l'esecuzione degli enzimi cardiaci: Tali attrezzature, permettendo di eseguire gli enzimi cardiaci in circa 15'.

Oggi per eseguire gli enzimi cardiaci in laboratorio è necessario un tempo di circa 100'; 90' per l'esecuzione dell'esame e circa 10' per il trasporto del prelievo ematico in laboratorio.

Si comprende molto bene che la riduzione del tempo necessario per avere una risposta si traduce in un vero e proprio risparmio di cuore, se è vero che il danno cardiaco è direttamente proporzionale al tempo che intercorre fra inizio dell'insulto ischemico e tempo in cui questo viene trattato.

Il concetto tempo, deve far pensare, anche, all'invio del paziente con dolore toracico, allo specialista, con ECG ed enzimi cardiaci (1' prelievo) già eseguiti ed alla conseguente migliore risposta che lo specialista può fornire.

Riducendo quindi i tempi per il riconoscimento degli IMA senza alterazioni dell'ECG (circa il 10% del totale degli IMA)

Massaggiatore cardiaco esterno: Tale macchina deternina la liberazione di un infermiere, che non sarà più impegnato nel massaggio cardiaco, che verrà, meglio, utilizzato per l'assistenza al paziente in arresto cardiaco.

Questo vantaggio immediato deve essere sommato alla stanchezza legata allo sforzo fisico richiesto dal massaggio cardiaco, quindi maggiore lucidità del personale infermieristico che opera in P.S.

Ecografo: l'ecografia fast oggi è la frontiera dell'assistenza in P.S.

L'ecofast permette di riconoscere, in brevissimo tempo falde liquide nel recesso sovra e sotto epatico, sovra e sottosplenico, nel cavo di Douglas, versamenti pleurici e pneumotoraci, idronefrosi, aneurismi dell'aorta addominale ovvero le principali problematiche di diagnosi differenziale in Pronto Soccorso, nel trauma toraco addominale e nelle coliche addominali.

Disporre di un ecografo in P.S. permette il riconoscimento delle patologie sopra descritte in tempi molto più rapidi rispetto al ricorso dell'ecografia in radiologia, e di migliorare l'assistenza riducendo gli spostamenti del paziente.

Naturalmente insieme all'arrivo dell'ecografo dovranno essere eseguiti appositi corsi per il personale medico dell'MCAU e previsti tempi di adattamento alla nuova tecnica.

Soddisfazione Utenza

La massima soddisfazione dell'utenza si ottiene non solo con l'erogazione di un servizio a difettosità zero, ma ascoltando e prevenendo, quando possibile, tutte le richieste dell'utenza, ponendo questa al vertice virtuale dell'organizzazione. Scopo della presente PR è quello di definire le responsabilità e le attività da svolgere per la sistematica rilevazione del grado di soddisfazione maturato dall'utenza ambulatoriale in merito ai servizi offerti dall'U.O.

Obiettivi

La sistematica rilevazione del livello di soddisfazione e dei motivi di insoddisfazione degli utenti costituisce un importante punto di riferimento per il miglioramento continuo delle prestazioni.

Lo scopo principale dell'indagine sulla soddisfazione dei cittadini-utenti rispetto ai servizi ambulatoriali in ospedale è di:

- valutare la qualità percepita, attraverso il questionario;
- ottenere dati attendibili da correlare ad opportune azioni di miglioramento, ovvero:
- rendere disponibili agli operatori le informazioni ottenute sulla valutazione dei pazienti e sulle eventuali aree di criticità emerse, per consentire interventi di miglioramento;
- utilizzare la "soddisfazione" come uno degli indicatori della valutazione del servizio ricevuto, dal punto di vista del cittadino-utente, in modo stabile e periodico

(almeno annuale) insieme a quelli individuati a livello aziendale (es. reclami) per orientare le azioni di miglioramento.

Metodologia

Il progetto per la rilevazione della soddisfazione dei cittadini-utenti prevede le seguenti fasi:

Predisposizione del questionario

il questionario sarà costituito da alcune domande chiuse ed una aperta. La domanda aperta è stata introdotta per consentire agli utenti di esprimere le proprie opinioni in merito alle proposte di miglioramento riguardanti il personale sanitario o i servizi in genere. Le domande possono essere suddivise idealmente in 5 sezioni:

1) Consiste in una breve presentazione che spiega le motivazioni dell'indagine, ed una sezione in cui si indica il servizio ambulatoriale usufruito dall'utente e la data di compilazione del questionario;
2) Prevede la registrazione dei dati generali dell'intervistato quali sesso, età, professione, titolo di studio, codice di triage attribuito;
3) Comprende domande relative ad aspetti di organizzazione, comfort e pulizia degli ambienti dell' U.O.
4) Esamina la qualità delle relazioni degli utenti con i medici e gli infermieri prevedendo un giudizio sull'assistenza e sulle informazioni ricevute;
5) Comprende una parte nella quale l'utente ha lo spazio per annotare ogni eventuale osservazione, suggerimento o critica sull'organizzazione dei servizi ambulatoriali;

- rilevazione dei dati, il questionario potrà essere somministrato da personale idoneamente formato che potrà supportare l'utenza nella compilazione senza influenzare le risposte e quindi compromettere i risultati dell'indagine ovvero potrà essere lasciato sul bancone di triage ed il potenziale intervistato potrà

essere invitato dal triagista a ritirare il modulo, ed invitato ad imbustarlo in apposita cassetta per l'elaborazione statistica.

- Eaborazione ed analisi dei dati a seguito della rilevazione dei dati si inizierà la fase di data entry con i possibili incroci statistici, quali ad esempio la suddivisione in base al sesso, l'età, il titolo di studio, l'attività svolta ed il codice di triage assegnato. Inoltre, tramite il supporto dell'analisi statistica dei risultati forniti dall'indagine, si potrà pervenire ad una serie di schemi, istogrammi e diagrammi che forniranno una rappresentazione visiva di come l'utente sia soddisfatto / insoddisfatto del servizio reso; ciò servirà come base per una eventuale reingegnerizzazione o modifica e potenziamento di quei servizi che presenteranno delle carenze.
- Produzione degli indicatori di prestazione e della relazione finale,

  Sulla base degli obiettivi individuati in seno al Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità da parte della Direzione, vengono lette le indicazioni fornite dai cittadini utenti che serviranno a stabilire correttamente il livello di qualità della prestazione e ad individuare le aree di intervento prioritarie per il suo miglioramento. La misura del raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione si basa sulla costruzione di indicatori che siano sintetici e che consentano la mappatura delle priorità, da utilizzare per il monitoraggio e per i confronti con i valori di riferimento nel processo di miglioramento continuo.

ALLEGATI

- **Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici neo assunti nell'Unità Operativa**
- **Schede per la valutazione (1) del processo di inserimento di IP/tecnici neo assunti nell'Unità Operativa**
- **Schede per la valutazione (2) del processo di inserimento di IP/tecnici neo assunti nell'Unità Operativa**
- **Schede per la valutazione (3) del processo di inserimento di IP/tecnici neo assunti nell'Unità Operativa**

VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI INSERIMENTO NUOVI DIRIGENTI MEDICI (a partire dal 01/03/2011)

Il Dott. ___________________________________

assegnato alla U.O. di ___________________________________

viene affidato per l'inserimento al Dott. ___________________________________

Data ____________________ Il Direttore della U.O. _______________

Valutazione dopo il ____________

- Conosce mission e vision dell'Unità Operativa
- Conosce le figure professionali presenti nell'U.O. e le loro attività
- Conosce la pianificazione e la strutturazione oraria del servizio della U.O.
- Conosce gli spazi della struttura
- Conosce la dislocazione delle apparecchiature in uso, conosce l'utilizzo degli specifici modelli disponibili
- Conosce le modalità di intervento specialistico presso altre UU.OO.
- Conosce la modulistica in uso
- Conosce la cartella clinica in uso
- Conosce i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati

Può essere avviato alla Fase 2 – Autonomia supportata

Data ____________ Il Medico di riferimento Il Direttore

Valutazione del ___________________ Può essere inserito in completa autonomia?

SI ☐

NO ☐ Prosegue in autonomia supportata ancora fino al ______________________

Data ____________ Il Medico di riferimento Il Direttore

Valutazione del ___________________ Può essere inserito in completa autonomia?

SI ☐

NO ☐ Prosegue in autonomia supportata ancora fino al ______________________

Data ____________ Il Medico di riferimento Il Direttore

Scheda (1) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo _____ giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce la propria sicurezza con l'igiene personale e utilizza i presidi di prevenzione	A B C D E	A B C D E
Conosce le finalità del servizio	A B C D E	A B C D E
Riconosce le figure professionali che ruotano nel reparto	A B C D E	A B C D E
Conosce la turistica	A B C D E	A B C D E
Conosce gli spazi del reparto e tutte le zone operative	A B C D E	A B C D E
Conosce la dislocazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Ha appreso la compilazione della modulistica e della cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Sa come e quando riordinare l'unità del paziente	A B C D E	A B C D E
Conosce il protocollo d'igiene e di mobilità del paziente	A B C D E	A B C D E
E' in grado di somministrare la terapia ed eseguire i prelievi venosi (solo I.P.)	A B C D E	A B C D E
Prende visione autonomamente dei protocolli dell'unità operativa	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di smaltimento rifiuti e biancheria	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di riordino del materiale inviato alla sterilizzazione	A B C D E	A B C D E
Ha preso visione del manuale di accreditamento e della politica dell'U.O., dell'organigramma e delle responsabilità delegate	A B C D E	A B C D E

Note

____

____

Firma Neo assunto

Data ______________________ I.P. Referente

Capo Sala

Scheda (2) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo _____ giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce autonomamente le competenze proprie della qualifica	A B C D E	A B C D E
E' in grado di valutare nell'utente le condizioni generali	A B C D E	A B C D E
Informa correttamente l'utente riguardo il suo iter assistenziale	A B C D E	A B C D E
Monitorizza correttamente il paziente e riconosce i livelli d'allarme	A B C D E	A B C D E
Ha stabilito buoni rapporti coi colleghi e con le altre figure che operano nella U.O.	A B C D E	A B C D E
Conosce l'ubicazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Compila autonomamente la modulistica e la cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Posiziona correttamente i presidi in uso nel reparto	A B C D E	A B C D E

Note

____

____

Firma Neo assunto

Data ______________________

I.P. Referente

Capo Sala

Scheda (3) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo _____ giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce autonomamente il paziente critico	A B C D E	A B C D E
Conosce ed utilizza i protocolli e le procedure in uso nel reparto	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di farmacia	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di materiale sanitario	A B C D E	A B C D E
Conosce ed applica tutte le procedure	A B C D E	A B C D E
Gestisce le urgenze sia di tipo chirurgico che medico	A B C D E	A B C D E
Si rapporta correttamente con l'èquipe e l'utenza	A B C D E	A B C D E

Note

____

____

Firma Neo assunto

Data ______________________

I.P. Referente

Capo Sala

PROCEDURE dell'U.O.

PCR_003: Protocollo inserimento linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.

Sono istituiti i registri delle linee guida e dei protocolli, uno per i medici ed uno per gli infermieri professionali.

Di ciascun registro saranno create due copie, una per l'archivio da tenere nella stanza del Direttore dell'U.O. ed uno per la consultazione rapida, nei locali destinati ai computer.

ITER PER L'ISTITUZIONE E L'APPLICAZIONE

Per una corretta accettazione di linee guida e protocolli è necessaria la condivisione e l'accettazione da parte di tutti gli operatori, prima dell'inserimento, sarà seguito un percorso con le seguenti tappe fondamentali:

1. Informazione dei destinatari. Nel caso di protocolli forniti agli infermieri, anche i sanitari dell'U.O. saranno informati preventivamente. A tal scopo saranno organizzate apposite riunioni
2. Fornito un congruo intervallo, normalmente 15 gg., si organizzerà una nuova riunione in cui si discuteranno eventuali proposte alternative e /o migliorative del processo esaminato
3. Il documento finale sarà firmato da tutti i destinatari
4. Il documento sarà inviato alla Direzione Sanitaria per la definitiva approvazione
5. Il documento sarà inserito nel registro dei protocolli e diventerà operativo
6. In caso di nuova unità, questa sarà informata dei protocolli vigenti e firmerà, per presa visione ed opportuna applicazione, il registro dei protocolli nella stanza del Direttore dell'U.O.
7. Nel caso di variazioni di un protocollo o di una linea guida si seguirà lo stesso iter, a partire dal punto 1

PCR_004: Gestione Infermieristica Codice Rosso.

1) Definizione

Secondo il Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, viene definito *codice rosso* il paziente:

– con compromissione delle funzioni vitali

Questo è un paziente molto critico e deve avere accesso immediato alle cure**,** **priorità assoluta**.

2) " Riferimenti normativi

Il DPR 27/3/92, all'art.10, Prestazioni del personale infermieristico, prevede:

"Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio."

3) Riconoscimento

L'Infermiere Professionale ha, tra i suoi compiti, quello di **rilevare e registrare** i Parametri Vitali di un paziente.

Il processo di triage, istituito nella nostra U.O. nel 1998, prevede una serie di schede "disturbi principali".

Il programma informatizzato, nonché le disposizioni fornite, oggetto di protocollo in fase di scrittura, circa la corretta esecuzione del triage, prevedono che la prima scheda, "Parametri Vitali", debba essere sempre visualizzata dall'infermiere, per tutti i pazienti; che lo stesso debba, quindi, transitare **obbligatoriamente** attraverso la maschera "parametri vitali".

In tale maschera vengono valutati:

- Capacità cognitiva e sistema nervoso
- Attività respiratoria
- Attività cardiocircolatoria

Attività cognitiva e sistema nervoso

L'infermiere deve valutare le capacità cognitive e motorie del paziente: il codice rosso deve essere attribuito nel caso di **alterazione acuta** (entro 3 ore dalla presentazione in Pronto Soccorso) di tali capacità.

Esistono dei sistemi di sicurezza per ovviare ad un eventuale mancato riconoscimento del codice rosso neurologico, infatti, se l'infermiere addetto al triage, dovesse superare la maschera "parametri vitali", senza riconoscere il codice rosso, nella maschera "disturbi neurologici" è richiesta l'attribuzione di un punteggio, secondo la Glasgow Coma Score, e la Cincinnati Stroke Scale che

prevedono l'attribuzione di un codice rosso se il paziente ha un deficit motorio o disturbi della parola seguendo una guida di semplice esecuzione.

Gli infermieri addetti al triage sono stati formati nell'utilizzare tali scale; tali scale, inoltre, sono rapidamente e facilmente consultabili attraverso il programma informatico.

Nella scheda "disturbi psichici", inoltre, esiste la possibilità di riconoscere, come codice rosso, i pazienti agitati o con atteggiamenti violenti verso se stessi o gli altri.

Dispnea

Una dispnea evidente è facilmente riconoscibile sia attraverso la presenza di una respirazione rumorosa, l'impegno dei muscoli respiratori accessori o il colorito cianotico della cute.

Pertanto, l'attribuzione di un codice rosso ad un paziente evidentemente dispnoico non dovrebbe costituire un problema per l'infermiere addetto al triage.

Shock

Altra tipologia di codice rosso è rappresentata da problemi di circolo (shock). Il riconoscimento è agevolato dall'osservazione del colorito della cute: la presenza di pallore e sudorazione, senza motivazione evidente, rappresentano motivo di attribuzione di codice rosso.

4) protocollo operativo

Quando l'infermiere di triage riconosce un codice rosso, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, quanto meno infermieristica, deve eseguire il seguente iter:

a) Fare distendere il paziente, se in posizione ortostatica, su barella
b) Abbandonare la postazione di triage (è l'unica occasione in cui è autorizzato a farlo) ed accompagnare il paziente in sala visita
c) Qualora le sale visite fossero occupate, le manovre successive saranno eseguite nel corridoio antistante le sale d'attesa che dovrà, pertanto, essere lasciato **sempre** libero (anche per favorire la movimentazione dei pazienti dalle stanze visita)
d) Avvertire medici ed infermieri delle sale visita dicendo "presenza di codice rosso"

e) Il personale in sala accelererà le procedure su eventuali pazienti non gravi
f) Qualora non ci fossero infermieri e/o medici disponibili lo stesso triagista eseguirà le manovre appresso descritte
g) Valutazione dello stato di coscienza, ABC, protocolli di BLS-D, se necessario. Sul punto si rimanda al protocollo uso del massaggiatore cardiaco esterno
h) Valutazione di polso, pressione, pulsiossimetria, temperatura, incannulazione di vena e glicemia, somministrazione di sol. fisiologica, O2 con maschera, prelievi per esami ematochimici, cannula di Guedel se necessario
i) Qualora la glicemia fosse <50 mg% somministrazione di 10 ml di sol. glucosata 33% nell'adulto (peso corporeo>Kg 40), 5 ml nel bambino (peso corporeo<kg40). Ripetere la glicemia dopo 5', ripetere il presente punto per 3 cicli al massimo. Nel frattempo, naturalmente, proseguire con il protocollo.
j) Se il paziente con glicemia <50 mg% è in stato di incoscienza somministrare glucagone 1 mg i.m. se il peso corporeo è >Kg 40, 0,5 mg se il peso corporeo è <Kg40. Naturalmente, se è presente il medico di guardia, prima di somministrare qualsiasi farmaco, chiedere autorizzazione formale
k) Se il valore della saturazione di O2 fosse <93%, eseguire EGA, naturalmente riportare le generalità del paziente sull'esame
l) Monitoraggio ed esecuzione di ECG (se il medico non è ancora arrivato). Trascrizione dei dati anagrafici del pz. sull'ecg
m) Tutte le manovre ed i parametri dovranno essere sempre registrati e firmati sulla scheda di triage, al fine di poter risalire facilmente all'esecutore
n) La compilazione della scheda di triage, naturalmente, non ha priorità rispetto all'emergenza, pertanto, verrà compilata appena possibile
o) I parenti **non** devono essere presenti in sala in caso di codice rosso. La disposizione è valida, anche, per i minori. Eccezioni al presente punto possono essere disposte dal medico di guardia
p) Nel caso di paziente agitato, in cui non è possibile eseguire i punti soprastanti, compito dell'infermiere sarà quello di evitare che il paziente provochi lesioni a se stesso o ad altri

Naturalmente, se al punto f) venissero applicati i protocolli BLS-d, i punti successivi saranno eseguiti solo se saranno presenti più infermieri e/o medici avendo priorità assoluta le manovre rianimatorie previste dai protocolli BLS-d.

Da notare che sono previsti interventi infermieristici che devono essere **sempre** eseguiti (a-i,k,m,n,p), punti in cui esistono delle variabili legati alle disposizioni del medico di guardia, se presente (j,o).

PCR_005: Triage.

Definizione

Deve essere un processo rapido, logico, di facile comprensione, ripetibile, sicuro, condiviso sia con il personale infermieristico, che deve applicarlo, sia con il personale medico, che deve subire le scelte dell'infermiere, sia con l'utente, che dovrà attendere la visita del medico di pronto soccorso in base al tipo di codice attribuito volto, esclusivamente, all'assegnazione di un codice di priorità.

Basi legali

Codice deontologico dell'infermiere

Legge sull'emergenza 27/3/1992

Accordo Stato Regioni sul Triage (D.L. 28 agosto 1997, n. 281)

D.P.R. 27 marzo 1992, recante: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

"Linee-guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

"Linee Guida sul triage Ospedaliero"

Generalità

Il sistema di "triage" è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti.

Questo processo, con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del "triage" è proprio la definizione della priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

Personale

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, ed in grado di considerare i segni e sintomi del paziente, per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita, e determinare un codice di gravità, per ciascun paziente, al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

Responsabilità medico legale

L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile dell'MCAU o persona da lui indicata.

Il Direttore dell'U.O., in concerto con, eventuale, persona da Lui indicata come responsabile del triage, sono responsabili dei protocolli di applicazione della procedura.

L'infermiere addetto al triage è responsabile della corretta applicazione dei protocolli vigenti.

La Capo Sala ed il Direttore dell'U.O. sono responsabili dell'attribuzione nominativa della funzione di triagista.

La funzione di triagista viene attribuita solo dopo valutazione positiva, nominativamente, e solo agli infermieri aventi i titoli previsti dalle norme di legge vigenti.

Il Medico di Guardia esercita funzione di supervisione volta alla corretta applicazione dei protocolli vigenti.

Da quanto sopra si evince chiaramente che esistendo responsabilità medico legali personali, il medico di guardia e/o il personale di sala, non devono interferire nell'attribuzione del codice di priorità, nell'accesso alle cure, salvo osservazione di incongruità nel codice assegnato.

Far entrare un paziente in ordine diverso da quello previsto determina, infatti, vantaggio solo per il paziente fatto entrare in anticipo, danneggiando tutti gli altri pazienti che sono stati scavalcati.

Nel verificarsi l'evenienza del capoverso sopra stante, il triagista deve essere stilare apposita segnalazione, al rappresentante per il risk management (in questo caso può essere richiesto il ricorso all'anonimato), al Direttore dell'U.O., al responsabile del triage o alla Capo Sala affinchè vengano intrapresi percorsi atti ad evitare il ripetersi della problematica, sia sotto il profilo dei protocolli che sotto quello della loro applicazione.

Obiettivi

Accogliere il paziente che giunge in Pronto Soccorso, dimostrando un interessamento nei suoi confronti sin dal momento del suo arrivo, con presa in carico dei suoi problemi e valutando i suoi bisogni di salute classificandoli in base alle priorità e di conseguenza scegliendo il modo migliore di soddisfare i bisogni del malato.

Quanto sopra al fine di umanizzare il rapporto con il paziente e quindi migliorarne, anche, lo stato psicologico ed emotivo.

Attribuire, in modo rapido e coerente, un codice di priorità volto a far accedere alle cure, prima, il paziente più grave.

Garantire accesso alle cure immediato al paziente con alterazioni dei Parametri Vitali, secondo protocolli già approvati sulla gestione del codice rosso.

Riduzione del rischio di peggioramento dello stato clinico, attraverso la sorveglianza e l'assistenza rapida.

Riduzione dell'ansia e miglioramento della soddisfazione dei pazienti grazie ad una informazione comprensibile e precisa.

Dai punti sopra riportati consegue che tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso, in emergenza, devono eseguire il triage.

Riduzione delle frustrazioni e delle inquietudini del personale.

Miglioramento del servizio di Pronto Soccorso, facendo percepire ai pazienti una buona organizzazione.

Valutazione della qualità di assistenza attraverso la compilazione della scheda di Triage.

Casi Particolari

Nel caso di paziente incosciente, essendo prioritario il momento assistenziale rispetto alla raccolta dati anche anagrafici, il paziente entrerà immediatamente in sala visita o apposito spazio, rimandando ad un momento successivo la raccolta dei dati anagrafici ed anamnestici; come da protocollo sulla Gestione Infermieristica del Codice Rosso già in vigore.

Nel caso di paziente accompagnato da ambulanza, anche 118, il triage verrà eseguito al bancone. Se il Pronto Soccorso è stato avvisato, per tempo, dell'arrivo di codice rosso dal personale dell'ambulanza o dalla centrale operativa deve provvedere a lasciare libera una sala visita al fine di procedere con immediatezza alle operazioni di assistenza.

Processo di triage

Si compone di alcuni processi fondamentali:

1.Raccolta dati

1. accoglienza ed osservazione immediata del paziente
2. ascolto ed intervista
3. valutazione clinica soggettiva

2.Pianificazione

1. trattamento primario
2. trattamento secondario
3. rivalutazione

3.Valutazione

- Il Sintomo principale ovvero il motivo della richiesta di soccorso
- L'Età della persona da soccorrere (<1 <8 >8)
- Il livello di Coscienza
- La Respirazione
- I segni clinici di perfusione
- I sintomi principali
- I sintomi secondari

4.Rivalutazione

- Deve essere eseguita ai tempi previsti (10' codice giallo, 30' codice verde, 2 ore codice bianco)
- Ogni volta che il paziente riferisce altri sintomi o mostra altri esami
- Ogni volta che l'i.p. lo ritiene necessario
- Ogni volta che il paziente lo richiede

Codici colori

L'accordo stato regioni prevede 4 codici colore:

Rosso: emergenza, paziente con compromissione dei parametri vitali, in immediato pericolo di vita.

Giallo; paziente che pur non avendo parametri vitali alterati, presenta un quadro clinico tale da far sospettare un possibile aggravamento tale da alterare i parametri vitali

Verde paziente non critico, non bisognoso di cure immediate ed urgenti, con un grado di sofferenza elevato

Bianco: paziente che dovrebbe rivolgersi alle strutture ambulatoriali

Metodologia

La scelta del codice da attribuire deve avvenire in maniera discendente, ovvero, prima bisogna accertarsi che il paziente non abbia alterazione dei parametri vitali (ovvero non è rosso), successivamente ci si deve accertare che non è un giallo (paziente stabile dal punto di vista sintomi raccolti) ovvero un paziente che potrebbe divenire a rischio, e successivamente per gli altri gradi colore.

Tipologia di triage

Al fine di:

- eseguire una scelta consapevole
- rendere più facile, per il triagista, la scelta del codice da attribuire
- rendere più trasparente e ripetibile la scelta a parità di corteo sintomatologico e a prescindere dall'operatore

si è scelto il triage basato su schede sintomo principale.

Schede sintomo principale

Tali schede sono state basate sui motivi statisticamente più frequenti di presentazione in pronto soccorso.

All'interno di ogni scheda sono stati individuati sintomi secondari che statisticamente possono predire o indicare possibili stati di maggior rischio per il paziente ed in base a tale rischio sono stati attribuiti i codici colori.

Le schede sintomo principale in atto sono:

1) Parametri vitali
2) Dolore toracico
3) Cardiopalmo
4) Perdita di coscienza
5) Dolore addominale
6) Dolore alla schiena
7) Dispnea
8) Disturbi Neurologici
9) Cefalea
10) Disturbi Psichici
11) Allergia
12) Intossicazione
13) Diabete
14) Emorragie non Traumatiche

15) Trauma maggiore
16) Trauma minore
17) Gravidanza
18) Problemi Cardiologici
19) problemi aspecifici
20) Problemi specifici

Parametri Vitali

Attraverso questa scheda il triagista deve passare per tutti i pazienti ed in questa scheda devono essere segnalati eventuali segni di shock (pallore e sudore senza motivo evidente, dispnee evidenti, alterazioni del colorito cutaneo indicative di grave insufficienza respiratoria (es.: cianosi), respirazione rumorosa o alterazioni del sensorio.

Dolore Toracico

Viene considerato dolore toracico qualsiasi dolore che interessa qualsiasi punto del tronco compreso fra i piani orizzontali passanti, in alto, sul margine superiore del manubrio sternale, in basso, sui margini sotto costali.

Vengono valutati i tempi di insorgenza del dolore. Il tempo zero sarà rappresentano dal momento di comparsa del dolore o di sua modifica in senso peggiorativo(questa considerazione è valida per tutte le valutazioni del dolore), Nella scheda è prevista la valutazione, anche, di fattori di rischio in modo che il codice attribuito abbia una relazione con il punteggio di rischio della scala NYHA. Vengono valutati, anche, storie di flebiti o fattori predisponenti l'embolia polmonare oltre che storie di pneumopatie o cardiopatie.

Cardiopalmo

Scheda da utilizzare se il paziente riferisce la sensazione di sentir battere il proprio cuore. Per le considerazioni sui sintomi associati per la valutazione del rischio è molto simile alla scheda dolore toracico

Perdita di coscienza

Deve essere utilizzata solo in caso di riferita perdita di coscienza. Il paziente in stato comatoso o svenuto all'atto del triage deve essere valutato secondo la scheda parametri vitali. Circa i fattori di rischio è simile alle schede precedenti

Dolore addominale

Scheda da usare nel caso di dolore insorto sulla faccia anteriore dell'addome, o meglio, nella porzione di tronco compresa tra i piani passanti in alto sui bordi costali inferiori, in basso sul piano passante per il margine inferiore del pube. Oltre alla scala del dolore devono essere valutate la storia recente di perdita di coscienza o sudorazione e pallore associate a storia di aneurisma dell'aorta o donna in età fertile.

In tali casi, infatti, l'anamnesi è suggestiva per rottura di aneurisma dell'aorta o di gravidanza extrauterina.

Dolore alla schiena

Per definizione è il dolore insorto sulla faccia posteriore del tronco compreso in alto dal piano passante per i bordi costali inferiori, in basso sul piano orizzonatale passante per il bordo inferiore del pube. Circa i fattori di rischio sono simili a quelli presenti nella scheda precedente.

Dispnea

Si deve trattare di storia di dispnea, di respirazione riferita faticosa. In caso di dispnea obiettiva deve essere utilizzata la prima scheda (parametri vitali).

In questa scheda sono valutati segni e sintomi predittivi di rischio sia cardiologico che legati a problematiche pneumologiche.

Disturbi Neurologici

Viene utilizzata in caso di problematiche neurologiche riferite. Il paziente deve essere sveglio e collaborante. L'infermiere deve attribuire un punteggio secondo la scala di Glasgow e deve eseguire i test previsti dalla Cincinnati Gare (**?**).

Vengono valutati anche altri fattori di rischio predisponenti a ictus sia emorragico che ischemico.

Cefalea

Scheda simile alla precedente. Vengono valutati sia il grado di dolore sia alcuni fattori di rischio per emorragia cerebrale.

Disturbi Psichici

Oltre ad un'eventuale valutazione sull'anamnesi psichiatrica del paziente, vengono valutati anche i rischi sull'aggressività del paziente sia verso se stesso che verso gli altri.

Allergia

Viene utilizzata in caso di comparsa di segni o sintomi suggestivi di allergia. Viene valutata la storia su allergopatie precedenti e sull'andamento dei sintomi.

Intossicazione

Scheda simile alla precedente, da utilizzare in caso di assunzione o esposizione involontaria di "farmaci" nel senso più esteso del termine. Nel caso di assunzione volontaria sarebbe più corretto utilizzare la scheda disturbi psichici.

Diabete

Scheda da utilizzare poco e solo quando il paziente non riesce a dire altro del proprio "star male". Il paziente diabetico, senza altra sintomatologia associata, non dovrebbe presentarsi in Pronto Soccorso. In questa scheda vengono riproposte alcune domande che rimandano ad altre schede sintomo principale. In caso di mancanza di altri sintomi riferiti il triagiasta può valutare il grado di sofferenza ed utilizzarla per la valutazione del paziente.

Problemi Cardiologici

Scheda molto simile alla precedente rivolta ai pazienti cardiologici che non riescono a specificare altrimenti il proprio malessere.

Problemi aspecifici

Come la precedente per pazienti che non riescono a dire altro se non che stanno male.

L'uso intensivo di queste schede implica valutazione negaviva del triagista.

Emorragie non Traumatiche

Come dice il nome della scheda deve essere utilizzata ogni qual volta il paziente riferisce o mostra la perdita di sangue attraverso un orefizio naturale del corpo. Oltre al tipo di emorragia, vengono valutati fattori di rischio predisponenti a tali emorragie.

Trauma maggiore

Viene definito come trauma maggiore qualsiasi trauma che possa mettere in pericolo la vita o l'integrità fisica del paziente. L'infermiere dovrà attribuire un valore secondo la scala di Glasgow, nella scheda deve essere indicato come arriva il paziente (con i suoi piedi, barellato e tipo di barella, uso di presidi di immobilizzazione). Qualora nessuno dei sintomi associati venisse modificato si passerà alla scheda trauma minore.

Trauma minore

Si accede a questa scheda dopo essere transitati nella precedente scheda senza aver segnalato alcun sintomo in essa presente. In questa scheda verrà segnalato sede e tipologia del trauma (contusione, escoriazione, ferita, corpo estraneo, ustione).

Per ferita, nelle due schede sul trauma, si intende una soluzione di continuo della cute superiore a 2 cm di lunghezza o 1 di profondità o, anche sospetto, interessamento dei tessuti profondi (muscoli, tendini, vasi, ecc…).

Nel caso di ferite del volto o di parti scoperte viene attribuito un punteggio maggiore a causa dei rischi connessi a sepsi e quindi possibili ferite deturpanti con sequele medico legali intuibili.

Gravidanza

Scheda da utilizzare per la paziente gravida non rientrante nelle schede precedenti. Vengono valutati i rischi di parto prematuro o incipiente nel corso dei vari trimestri di gestazione.

Problemi specifici

Scheda da utilizzare per il paziente che presenta delle richieste particolari, di norma richieste di prestazioni ambulatoriali. Deve essere utilizzata il meno possibile. L'analisi di questa scheda costituisce momento di valutazione particolarmente attenta per la capacità di fare triage.

Si allegano stampe delle schede utilizzate che rappresentano parte integrante del presente protocollo.

Grado di sofferenza elevato

Poiché ogni paziente ha un grado di sopportazione del dolore diverso, poiché spesso passano ore o giorni prima della presentazione in pronto soccorso, poiché alcuni pazienti sono evidentemente più instabili di altri. L'infermiere addetto al triage può attribuire un "grado di sofferenza elevato" ai pazienti codice bianco, trasformandoli in codici verdi.

Il ricorso a questa variazione deve avvenire nella maniera meno frequente possibile; questo punto rappresenta uno dei metodi di valutazione.

Particolare sensibilità nell'uso di questo metodo deve essere rivolta nel caso di bambini. Lunghe attese possono rendere difficile una visita o un trattamento.

Negli adulti (ma anche nei bambini) si agirà attraverso la valutazione della curva Tempo/intensità del dolore. Il fattore tempo è azzerato nel caso di riesacerbazione del dolore.

Al paziente varranno poste delle semplici domande volte a quantificare il dolore (da 1 a 10 o da 1 a 100) o verrà mostrata una scala millimetrata su cui il paziente segnerà il punto in cui si posiziona il proprio malessere.

Naturalmente l'attribuzione del grado di sofferenza elevato verrà eseguita in caso di dolore violento insorto da poco tempo, non verrà attribuito in caso di dolore di debole intensità e/o presente da ore o giorni.

Variazione delle schede sintomo principale

La variazione delle schede, sia nell'intestazione che nei contenuti, seguirà il percorso della variazione dei protocolli e delle linee guida, secondo quanto già presente nel registro dei protocolli e già approvato sia dagli infermieri professionali dell'U.O. che dagli organi competenti.

Nel caso di sostituzione della grafica della scheda, sempre seguendo l e procedure di modifica dei protocolli e linee guida potrà essere sostituita la sola scheda sintomo.

Note

In ogni scheda è presente uno spazio in cui l'infermiere triagista può scrivere eventuali particolari o fatti che vuole segnalare al personale di sala o a futura memoria. Tali annotazioni vengono riportate nella scheda di triage, sono visibili per il paziente e saranno conservati nell'archivio elettronico.

Esecuzione

All'apertura del programma viene visualizzata la maschera per la raccolta dei dati anagrafici del paziente. In caso di paziente non in grado di rispondere o in caso di momenti di particolare afflusso sarà possibile assegnare dei codici alfanumerici al paziente da aggiornare successivamente.

Compilata questa scheda si dovrà attraversare, obbligatoriamente, la scheda "Parametri Vitali".

Questo momento metodologico è legato a problematiche medico legali. Il triagista non deve avere scuse se non riconosce un paziente con parametri vitali alterati. Da questo mancato riconoscimento, infatti, deriverebbe un ritardo nell'accesso alle cure con rischio per tale paziente.
Superata questa scheda senza apporre modifiche si transiterà in una scheda in cui potrà essere scelta la "scheda sintomo principale" ovvero ritornare alla scheda Parametri Vitali".

Al termine del triage, la scheda verrà stampata e consegnata al paziente. Nella scheda sono segnati i rischi cui va incontro il paziente che fornisce false generalità e la possibilità del pagamento del ticket. La scheda deve essere fatta sottoscrivere al paziente, che così accetta i punti di cui sopra. La scheda viene consegnata al paziente che la terrà fino all'ingresso in Pronto Soccorso quando la darà all'infermiere di sala.

Il paziente è invitato dal triagista a controllare, oltre i propri dati anagrafici, anche la correttezza della raccolta dell'anamnesi. In assenza di contestazioni, la firma indica la correttezza formale della raccolta anamnestica infermieristica.

Controllo della sala d'attesa e dell'area arrivo pazienti

Compito del triagista è quello di controllare, visivamente, lo stato dei pazienti in attesa e di rivalutarli, eseguendo un rapido triage, di norma, secondo tempi prestabiliti, o in caso di necessità, immediatamente al presentarsi di nuovi segni o sintomi.

Il paziente che giunge con ambulanza eseguirà il triage e successivamente verrà sbarellato nell'apposito spazio previsto a tale scopo.

Come da disposizioni regionali, cui si rimanda per eventuali aggiornamenti che diverranno immediatamente esecutivi, il paziente individuato come codice giallo verrà assistito dal personale viaggiante dell'ambulanza fino al suo ingresso in sala visita. Il paziente individuato come codice bianco o verde resterà in carico al triagista, alla stregua di tutti i pazienti in attesa di visita.

Accesso alle cure

Il paziente avrà accesso alle cure in base al codice assegnato dal triagista ed in base ai tempi di arrivo, secondo la metodologia appresso indicata.

Prima entreranno tutti i codici Rossi, in base all'ordine di arrivo. Se non ci sono codici rossi in attesa, entreranno i gialli in base alla cronologia di arrivo e così successivamente fino ai codici bianchi.

Quindi, per esempio, se un codice giallo arriva dopo un codice bianco, entrerà in sala visita sicuramente prima di tutti i codici verdi o bianchi già presenti in attesa.

Rivalutazione

L'infermiere triagista deve eseguire una rivalutazione dei pazienti in sala d'attesa secondo i tempi appresso elencati. Ad ogni rivalutazione, inoltre, il codice potrà restare invariato o modificato (sia verso l'aggravamento che il miglioramento).

La rivalutazione dei codici rossi non deve esistere poiché l'accesso alle cure deve essere immediato.

La rivalutazione del codice giallo deve avvenire ogni 10', del verde ogni 30', il bianco ogni 2 ore.

A tale scopo esistono particolari procedure che evidenziano i pazienti da rivalutare, sul programma allo scopo predisposto.

Nella scheda di rivalutazione è previsto apposito spazio per eventuali segnalazioni o per motivare le variazioni del codice di triage apportate.

La variazione del codice di triage verrà conservata nell'archivio elettronico, riportando, anche, l'ora e la firma elettronica di chi ha immesso la password per eseguire la rivalutazione.

Sicurezza

La sicurezza e la tracciabilità del triage vengono garantite attraverso l'immissione di password che permette di registrare e conservare nell'archivio elettronico il nome del titolare della password inserita.

Per motivi di sicurezza ed in conformità alle norme di legge vigenti la password dovrà essere sostituita ogni 60 giorni. Trascorso tale tempo, senza sostituzione della password non sarà possibile eseguire registrazioni.

Il titolare della password potrà sostituirla ogni volta che vorrà ed è tenuto a non svelarla a terzi per nessun motivo.

In ogni caso, tutte le registrazioni eseguite con la sua password comporteranno la sua individuazione come responsabile del procedimento.

Registrazione dei tempi

Per scopi statistici e medico legali vengono registrati i seguenti tempi:

1) momento di apertura della scheda anagrafica
2) momento di chiusura del triage
3) momento di accesso al computer visita
4) momento di richiesta di ciascun esame, consulenza, referto medico o inail
5) momento della dimissione o del ricovero

Aggiornamento

Ogni anno, in apposita riunione, tutti gli infermieri riceveranno un report sul loro operato, al triage, relativo all'anno precedente. In tale report verranno evidenziate eventuali criticità. Tale valutazione verrà riportata nella scheda di valutazione annuale dell'infermiere. Alla valutazione parteciperà il Capo Sala o persona da lui incaricata.

Quando possibile, possibilmente almeno ogni biennio, d'intesa con la Direzione Strategica Aziendale, saranno tenuti corsi di triage di bae per i nuovi infermieri in carico al Pronto Soccorso e corsi di refresh volti ad aggiornare le metodiche adottate, il personale infermieristico dovrà seguire tali corsi e la Capo Sala terrà i registri di tali aggiornamenti.

Varie

La Capo Sala, d'intesa con il Direttore dell'U.O., stabilirà chi può assumere il compito di triagista ed indicherà un turno di servizio per questa funzione.
Il personale assegnato a questa funzione deve essere provvisto dei requisiti previsti dalle leggi vigenti.
Nel caso di gravi inadempienze, segnalazioni di problemi da parte di utenti o medici dell'U.O., dopo apposita indagine, di cui l'interessato verrà tempestivamente messo al corrente, si potranno assumere provvedimenti di sospensione dalla funzione di triage con carattere temporaneo o definitivo.

Problemi

Nella scheda Diagnosi Specifica è prevista la possibilità di attribuire un codice giallo. Nel caso di uso di tale processo si deve specificare il motivo che ha

determinato il ricorso a questa modalità di emergenza; l'uso della metodica, infatti, implica che mancana la possibilità di attribuire un codice grave attraverso le altre schede. L'uso improprio della procedura costituisce motivo di valutazione.

Nel caso di dubbi, il triagista, deve chiedere chiarimenti, al fine di evitare problematiche che mettano a rischio la salute del paziente e l'immagine del sistema Triage Pronto Soccorso, al Direttore dell'U.O., al responsabile del triage, alla Capo Sala, al responsabile del Risk Management (in quest'ultimo caso,anche, chiedendo il rispetto dell'anonimato).

PCR_010: Medicazione.

Premessa

Le Lesioni Cutanee rappresentano un problema clinico rilevante sia in ambito Ospedaliero sia in ambito Territoriale, ma vengono ancora considerate un problema secondario rispetto a molti altri settori di intervento.

La loro guarigione comporta problematiche medico legali emergenti legate alle possibili complicanze e ai danni estetici consequenziali.

Il presente protocollo vuole salvaguardare la professione infermieristica riducendo il rischio circa le problematiche di cui sopra.

Definizione

Atto infermieristico, con azione sterile atta a proteggere con bende, garze e cerotti una ferita dal contatto con l'ambiente esterno potenzialmente nocivo (agenti microbici)

Accoglienza

Le soluzioni di continuo della cute possono essere, per semplificazione, distinte in escoriazioni, ferite, ustioni.

Per **ferita** si intende una soluzione di continuo della cute superiore a 2 cm di lunghezza, e/o profonda oltre 0,5 cm, e/o con interessamento di strutture profonde (vasi, muscoli, tendini, ecc.), e/o con sanguinamento abbondante. Il codice di accoglienza, al triage, dovrebbe essere "verde"; nel caso di ferite al volto o alle mani codice "giallo"

Per le **ustioni**, il codice di accoglienza varierà in base alla sede ed all'estensione:

1) se di 1° grado, <9% e non interessa il volto, "bianco";

2) se di 1' grado ed esteso fino al 50% del corpo o se di 2' grado ed estese <9%, verde;
3) se di 1° grado >50% o di 2° grado fra 9 e 30%, o di 3° grado <9%, codice giallo
4) in caso di ustioni con interessamento di superficie cutanea superiore al punto precedente codice rosso.

Per le **escoriazioni** il codice di accesso è normalmente bianco. Fanno eccezione eventuali escoriazioni particolarmente estese, sanguinanti o con altre caratteristiche che a discrezione dell'infermiere addetto al triage ne aumentano la gravità, per cui il codice di accesso può diventare verde.

L'attribuzione dei codici sopra riportati è legata all'esigenza di equilibrare le necessita di evitare contaminazioni della soluzione di continuo della cute, con l'assistenza alle altre urgenze che si presentano in Pronto Soccorso.

Piaghe: non di pertinenza del Pronto Soccorso, poiché,trattasi di lesioni croniche o cronicizzate

Obiettivi della medicazione

- Esecuzione indolore
- Semplicità d'uso
- Ridotta frequenza di cambio
- Sterilità, disponibilità, facile conservazione
- Assenza di tossicità locale e sistemica
- Mantenere un ambiente umido costante
- Alta capacità assorbente
- Consentire uno scambio selettivo ai gas
- Fornire un isolamento termico
- Prevenire la contaminazione
- Promuovere la guarigione
- Trasparenza, flessibilità, plasticità
- Proteggere da insulti meccanici
- Favorire l'emostasi
- Preservazione della funzionalità
- Esito estetico

- Benessere del paziente
- Assenza dal lavoro
- Adesività selettiva
- Buon rapporto costo-beneficio

Tecnica

1) Lavaggio delle mani secondo protocolli aziendali
2) Garantire la procedura in asepsi.
3) Rispettare la privacy del paziente durante la procedura.
4) Eseguire le medicazioni in ambiente e /o in condizioni che garantiscano le norme di sicurezza igienica (esempio: non contemporaneamente ad altre attività).
5) Riportare sempre la data di apertura/preparazione sul flacone degli antisettici.
6) Evitare l'utilizzo contemporaneo di acqua ossigenata e PVP-Iodio in quanto incompatibili
7) Preparazione del materiale occorrente
8) Indossare i guanti
9) Detergere la ferita con soluzione fisiologica, se necessario ad alta pressione, secondo le metodiche illustrate nelle lezioni eseguite allo scopo e consultabili sui computer dell'U.O.
10) Disinfettare con ioduro di povidonio, diluito al 10% rispetto a quello fornito dalla farmacia (8%), se necessario con tecnica ad alta pressione
11) Tecnica ad alta pressione: Riempire una siringa da 20-60cc con il soluto che si vuole spruzzare ad alta pressione, inserire sul cono della siringa la parte plastica di un catetere 16-20G, esercitare la massima pressione possibile sullo stantuffo della siringa. Con questa semplice manovra si otterrà una pressione di 27-31 psi
12) Tamponare e rimuovere i residui del disinfettante con garze sterili
13) Se fuoriesce sangue tamponare con garze sterili esercitando una lieve pressione sul punto di sanguinamento
14) Controllare la presenza di corpi estranei ed eventualmente ripetere i punti 9-13
15) Medicare con garza medicata (se necessario)
16) Coprire la ferita con garze sterili
17) Bendare con cerotto o fasciare

Problemi

1) Lo ioduro di povidonio, anche diluito, **non** può essere utilizzato per impacchi;
2) Evitare l'uso di bende elastiche nelle fasciature delle ferite, se possibile. Tali bende determinano una riduzione degli scambi gassosi alterando il micro-ambiente che si crea fra benda e ferita;
3) Evitare bendaggi costrittivi per i rischi di interruzione del circolo anche a seguito del possibile edema post traumatico;
4) Nel bendaggio delle dita cercare di lasciare visibile l'apice del dito per controllare il circolo, se possibile;
5) Non utilizzare borsa di ghiaccio su: dita (mani e piedi), padiglioni auricolari, parte cartilaginea del naso. La vascolarizzazione di tipo terminale di questi segmenti corporei può determinare la comparsa di lesioni da freddo;
6) Utilizzare l'acqua ossigenata solo per la rimozione di precedenti medicazioni;
7) L'acqua ossigenata non è più indicata nelle medicazioni per due ordini di fattori principali:
   - ✓ L'H2O2 viene scomposta in H2O ed O2 solo in presenza di anidrasi carbonica. Tale enzima è carente nel 15% della popolazione ed in tali persone l'H2O2 non funziona in quanto non viene prodotto l'ossigeno che è il principio attivo di tale disinfettante;
   - ✓ Il processo di scisisone dell'H2O2 in H2O ed O2 è un processo esotermico con produzione di calore. I tessuti sottocutanei ed abrasi sono particolarmente sensibili al calore ed i termocettori reagiscono con provocazione di sensazione di fastidio o dolore franco. (Si fa notare, a tal proposito, che l'H2O2 non viene mai utilizzata nella medicazione delle ustioni proprio per questo motivo);
8) evitare di applicare sulla cute soluzioni astringenti o a base di alcool poiché causano un ulteriore riduzione dello strato lipidico e accentuano la disidratazione;
9) evitare l'utilizzo di paste perché possono aumentare il rischio di macerazione, possono occludere i follicoli dando origine alla follicolite, sono difficili da rimuovere. Se sono utilizzate rimuovere con olio detergente ed eseguire ogni tre giorni una pulizia profonda;

Consigliare, sempre una medicazione in 2-3° giornata dal curante o ambulatorio chirurgico.
Il consiglio deve essere apposto nelle note alla dimissione.

COMPLICANZE della medicazione
· Allergie agli antisettici e al materiale utilizzato per la medicazione
· Infezione del sito chirurgico
· Sanguinamento

2' Medicazione in caso di lesioni aperte
- Non sono di norma di pertinenza del Pronto Soccorso.
- Rimuovere la precedente medicazione sollevando con delicatezza i bordi adesivi, dopo averli bagnati con soluzione fisiologica o olio.
- Osservare attentamente la lesione, il colore, la quantità di essudato, il suo odore.
- Irrigare la lesione con soluzione fisiologica sterile, usando una siringa a pistone senza ago o per caduta.
- Asciugare delicatamente i bordi della lesione tamponando con garze sterili.
- NON USARE **(escluso ferite suturate e ben chiuse)** PER LA DETERSIONE I DISINFETTANTI
come acqua ossigenata, iodopovidone, amuchina, perché:
• Sono tossici per i fibroblasti.
• L'acqua ossigenata può provocare embolia gassosa.
• Lo iodopovidone può creare problemi tiroidei.

Complicanze a lungo termine riferite dal paziente

In caso di complicanze, descritte dal paziente, quali quelle appresso elencate,
- Deiscenza della ferita
- Infezione
- Ematomi
- Cheloidi

Eseguire la medicazione, anche, se il paziente non ha la ricetta.

Il medico deve essere chiamato, solo, se sono realmente presenti complicanze quali quelle sopra elencate.

Se le complicanze non sono presenti, compilare la scheda di triage e dimettere il paziente con ticket.

Note all'uso di pomate
La medicazione successiva alla prima prevede innanzi tutto la rimozione della precedente medicazione, quindi, anche, delle pomate poste in loco.

Iruxol, noruxol ecc…
Indicazioni terapeutiche
Detersione delle piaghe di qualsiasi origine e localizzazione:
- ulcerazioni e necrosi (ulcere varicose, post-flebitiche e da decubito, gangrena delle estremità, specie gangrena diabetica e da congelamento);
- piaghe torpide (post-operatorie, da raggi X, da incidenti);
- prima dei trapianti cutanei.

N.B. tra le indicazioni non è presente l'uso sulle ferite!

L'uso di una collagenasi è incompatibile, concettualmente, con il processo di riparazione per 1' intenzione di una ferita. Nella riparazione per 1' intenzione,infatti, si vuole una rapida creazione di ponti di collageno atti all'immediata riparazione della ferita!

Fitostimolina crema / garze
Indicazioni
Trattamento delle ulcere e delle piaghe da decubito

N.B.: quindi nessuna indicazione per le ferite

Gentamicina crema
Indicazioni
Gentalyn crema e Gentalyn unguento trovano indicazione nelle forme infiammatorie cutanee primitivamente batteriche come le piodermiti di varia gravità ed estensione, compreso l'ectima, le follicoliti, le sicosi, le foruncolosi, gli eczemi microbici, oltre che nelle forme secondariamente infette come le dermatiti e gli eczemi impetiginizzati, le ulcere da stasi, le lesioni traumatiche, le ustioni e le escoriazioni infette. Altre affezioni cutanee che si avvantaggiano dall'applicazione

di Gentalyn sono l'acne e la psoriasi pustolosa, le forme intertriginoidi e le perionissi di origine batterica.
Efficacia particolare è stata dimostrata dal preparato nelle ustioni di vario grado ed estensione, nelle quali la "mortificazione del terreno", attuata dalla eccezionale intensità dell'insulto termico, favorisce lo sviluppo di una flora batterica particolarmente virulenta.Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso
L'uso, specie se prolungato, dei prodotti per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione.

Creme a base di corticosteroidi
Non indicate nel trattamento di ferite.
Provocano rammollimento dei bordi della ferita con avvallamento (nella storia futura) della ferita.
L'assorbimento, nell'uso su superfici estese e prolungato nel tempo, può determinare tutte le problematiche legate all'assunzione prolungata nel tempo di cortisonici.
La conclusione è che, di norma, sulle ferite, non devono essere apposte pomate.

PCR_011: Ausiliari.

Onde evitare spiacevoli inconvenienti, cattive interpretazioni o altri disguidi si ricorda quanto comunicato, disposto e scritto a verbale nella riunione con gli Ausiliari del 8/10/2009:

1. **Generale**: tutte le disposizioni, come sin qui avvenuto, saranno comunicate nelle apposite riunioni e verbalizzate, ovvero, in caso di urgenza, esposte in bacheca. Le variazioni nelle disposizioni date viene comunicata a tutto il personale, medico e non, nella prima riunione utile
2. **Cardiologia**: se due ausiliari si trovano in tale reparto uno ritorna in P.S. lasciando **un solo ausiliario** in tale ambulatorio. Quando questi ritornerà in Pronto Soccorso riportando un paziente, **ritornerà nel più breve tempo pausibile in Cardiologia**, salvo diverse disposizioni con carattere di urgenza emergenza date dal medico di guardia

Reparti per consulenze, esami, ricoveri, ecc.: se il tempo necessario per le operazioni sul paziente è prevedibilmente **breve** attendere. Se i tempi fossero prevedibilmente **lunghi** o se ci fossero mancanza di collaborazione da parte del personale dell'U.O. interessata lasciare il paziente, per riprenderlo (in caso di consulenza) o riprendere le attrezzature lasciate (barella, bombola, tavola spinale,

altro) a termine della visita. In caso di dubbi o resistenze, nelle altre U.O., chiedere istruzioni al medico di guardia Segnalazione delle attrezzature del Pronto Soccorso lasciate nei vari reparti quali: barelle, Bombole O2, Sedie a rotelle, Aste reggi flebo, Tavole spinali e/o cucchiai, altro.

3. **Solo in caso di urgenza sovraffollamento** o altre motivazioni il medico di guardia può disporre all'ausiliario di rientrare immediatamente. Si ribadisce che si tratta di disposizioni momentanee legate a problemi di afflusso, emergenze o urgenze in Pronto Soccorso
4. **Variazioni del presente regolamento**: si ricorda che nessun medico, infermiere o altro personale può fornire disposizioni diverse se non a carattere momentaneo ed inerenti il singolo paziente o la singola occasione. In caso di dubbi si deve chiedere chiarimenti alla Capo Sala o al Direttore dell'U.O.
5. **Partecipazione alle riunioni**: si ricorda che la partecipazione alle riunioni è un momento di confronto, di esposizione delle problematiche che si presentano, di analisi risk management e che è uno dei punti di valutazione di tutto il personale medico e non e che lo scrivente, riconoscendone l'importanza, al fine di armonizzare il comportamento di tutti, richiede il riconoscimento dell'impegno in tali riunioni, come orario di lavoro.

A tale scopo:

1. Ogni mattina, alle ore 7, deve essere compilato un nuovo foglio di segnalazione di affidamento, ad altre U.O., di attrezzature di questa U.O.
2. Nel foglio appena compilato saranno ricopiate eventuali attrezzature fuori reparto, segnalate nella scheda del giorno precedente
3. Deve essere indicato, anche, chi ha riordinato il(i) letto(i) della stanza del medico di guardia
4. Ogni attrezzatura lasciata in altre U.O. dovrà contenere le indicazioni previste dalla modulistica vigente
5. Ad ogni cambio turno dovranno essere segnalate, dal turno che sopraggiunge, le attrezzature presenti in Pronto Soccorso
6. La mancanza di attrezzature, non segnalate, sarà addebitata al turno montante, se non ha segnalato la loro assenza all'arrivo in servizio, o al turno precedente che non ha segnalato l'affidamento ad altra U.O.
7. Se si esaurisce il foglio segnalazione, ne verrà compilato uno nuovo, riportando la data e l'ora di compilazione, segnalando nei primi righi le

attrezzature, al momento, fuori reparto, con relative indicazioni di Paziente, U.O. ove dovrebbe trovarsi l'attrezzatura e tipologia

8. Il foglio esaurito sarà spillato dietro il nuovo foglio
9. I fogli segnalazione affidamento attrezzature verranno ritirati dalla Capo Sala, nel primo giorno feriale utile
10. Nei giorni festivi, il personale ausiliario, in servizio nell'orario antimeridiano (mattina), metterà sotto la porta della Capo Sala il foglio del giorno precedente
11. Lo smarrimento del foglio, salvo diversa segnalazione verrà imputato al personale del turno antimeridiano che non ha provveduto alla sua apposita conservazione
12. L'ausiliario privo di incarico deve attendere nella sala ove in atto sono presenti i computer, eventuali allontanamenti da tale stanza, senza incarico, deve essere autorizzata dall'infermiere responsabile di turno che assume l'incarico di comunicare alla Capo Sala o allo scrivente eventuali inadempienze
13. Il Medico di Guardia deve segnalare allo scrivente eventuali problematiche inerenti il presente protocollo o altre inadempienze del personale
14. La mancata esecuzione di quanto sopra, come per il mancato rispetto di ogni protocollo, sarà seguita dai provvedimenti disciplinari previsti dalle norme contrattuali per il personale dipendente di questa Azienda, segnalata ai dirigenti dei servizi infermieristici ed alla Puligenica per il personale non dipendente
15. Si fa divieto di commentare innanzi al paziente disposizioni date da medici o infermieri, di far notare ai pazienti eventuali dissidi interni
16. Il personale Ausiliario deve provvedere a preparare quanto necessario, di propria competenza, nei pazienti con emergenze sanitarie, prevedendo quanto possa essere necessario al trasferimento del paziente appena possibile
17. Lo scrivente resta a disposizione per chiarimenti e qualsiasi problematica possa emergere

PCR_012: Alcolemia.

1. Tutti i conducenti di autovetture che hanno subito incidente stradale e giungono in Pronto Soccorso accompagnati da 118, ambulanza o altro mezzo di soccorso, cui viene eseguita incannulazione di vena o per esecuzione di esami devono eseguire test alcol emico. Se a tale paziente viene eseguito cateterismo

vescicale, campione di urine deve essere inviato in laboratorio analisi per drug test. Se possibile deve essere acquisito il consenso informato per la sola consegna dei valori alle forze di Pubblica Sicurezza.

2. In caso di acquisizione del consenso informato, copia degli esami verranno consegnati alle forze di sicurezza, altrimenti gli esami verranno consegnati solo come nel punto successivo.
3. Nel caso in cui al paziente non venga eseguito incannulamento venoso o prelievi ematochimici e l'autorità di P.S. chiedesse l'esecuzione di alcolemia e/o drug test dovrà essere acquisito preventivamente il consenso informato del paziente. Se il paziente non accetta di eseguire l'esame esso non potrà essere eseguito o consegnato.
4. La normativa di legge prevede che non possa essere eseguito in modo cruento l'esame alcolimetrico per mancanza di attrezzatura allo scopo da parte delle forze dell'ordine.
5. Se la richiesta delle Forze dell'Ordine fa riferimento all'art.348 c.4 del C.P., poiché risulta impossibile disattendere la richiesta, verrà richiesto il consenso informato del paziente, senza di cui non sarà possibile eseguire il prelievo, e verrà stilato referto medico segnalando che "**l'esame viene eseguito con prelievo ematico solo a seguito della richiesta protocollo n.____ del____ e richiedenti (Carbinieri, P.S., VV.UU., ecc)"**

Bibliografia

1. **Corte di Cassazione 4' Sezione Penale sentenza n.7639**

L'analisi del sangue, quando viene effettuata per accertare la presenza di alcol nel sangue in un soggetto che sia rimasto coinvolto in un sinistro stradale, è da considerare legittima, anche se eseguita senza il consenso del conducente ricoverato. Non è che i medici potranno effettuare il prelievo del sangue solo per effettuare lo specifico esame contro la volontà del paziente, ma se il sangue sarà comunque prelevato per fini terapeutici, il responso potrà essere utilizzato eccome.

2. **Corte di Cassazione Civile Sez. IV, 16 luglio 2004, n. 31333: "omiss…**

Va preliminarmente rilevato che l'atto in questione è sussumibile alla previsione dell'art. 354 c.p.p., concernente l'accertamento urgente e la conservazione delle tracce del reato, e che, ai sensi dell'art. 356 c.p.p. il difensore dell'indagato "ha facoltà di assistere, senza diritto di essere preventivamente avvisato"; ai sensi, poi, dell'art. 114 disp. Att. C.p.p., la polizia giudiziaria, nel compimento degli atti di cui all'art. 356 c.p.p., "avverte la persona sottoposta alle indagini, se presente, che ha facoltà di farsi assistere dal difensore di fiducia"; in mancanza dell'esercizio di tale facoltà, non è

prevista per il compimento di tali atti la nomina di un difensore di ufficio, come in altre ipotesi disposto per altri (artt. 350, 364, 365 c.p.p.).
Ne consegue che si possono verificare due diverse situazioni. Omiss..."

3. **Corte di Cassazione Penale, sez. quarta, sentenza n. 19711 del 8 maggio 2009**

Ribadendo la propria consolidata giurisprudenza (penale, sentenze 20236/06 e 22274/08), ha rigettato le doglianze del ricorrente, precisando ulteriormente la fattispecie: che la guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche è desumibile con certezza anche da una serie di condotte rilevatrici compiute dal guidatore, quali l'eloquio sconnesso, l'equilibrio precario, la condotta di guida anomala (art. 379 comma 3° regolamento di esecuzione e attuazione del C.d.S.) o pericolosa, la deambulazione barcollante e l'alito fortemente vinoso. Ovviamente è necessario che la circostanza comprovante lo stato d'ebbrezza sia chiaramente specificata nel verbale di contestazione; che l'apprezzamento compiuto dai testimoni, nella specie da pubblici ufficiali, non è soggettivo e neppure costituisce una sorta di giudizio, trattandosi invece di una constatazione oggettiva derivante da percezioni sensoriali (uditiva, visiva e olfattiva).

4. **art.186 codice della strada comma 3.**

Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 4, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'interno, **nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica,** possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi **non invasivi** o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

5. **art.186 codice della strada comma 4.**

Quando gli accertamenti qualitativi di cui al comma 3 hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente ovvero quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, **anche accompagnandolo presso il più vicino ufficio o comando,** hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento.

6. **art.186 codice della strada comma 5.**

Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcoolemico viene effettuato, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, da parte delle strutture sanitarie di base o di quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. **Copia della certificazione di cui al periodo precedente deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo**

di polizia che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza. I fondi necessari per l'espletamento degli accertamenti di cui al presente comma sono reperiti nell'ambito dei fondi destinati al Piano nazionale della sicurezza stradale di cui all'articolo 32 della legge 17 maggio 1999, n. 144. Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'articolo 187.

7. **art.186 codice della strada comma 7.**
   Salvo che il fatto costituisca più grave reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5, il conducente è punito con le pene di cui al comma 2, lettera c). (omiss…)

PCR_013: Scheda Infermieristica.

Da un punto medico legale, è ormai orientamento della magistratura il principio che è compito del sanitario l'onere di dimostrare la propria diligenza (sentenza cassazione 20101 del 18/9/2009).

Ne deriva che è doveroso descrivere le procedure, le manovre e le terapie eseguite sul paziente, anche da parte dell'infermiere.

Dall'analisi dei farmaci consumati/prescritti, deriva una discrepanza notevole di valori, fra il consumato ed il registrato, superiore al 10%, anche per farmaci utilizzabili solo in ospedale.

Questa discrepanza è legata ai diversi momenti/figure professionali che prescrivono, eseguono la prescrizione e la trascrivono sul foglio di dimissione/ricovero del P.S.

Florence Nightingale, circa un secolo fa, manifestava la consapevolezza di dover garantire ai pazienti non solo la cura della malattia, ma anche un'adeguata protezione per le eventuali «indesiderate conseguenze dell'assistenza loro prestata, in aggiunta a quelle dovute alla loro malattia».

Nelle procedure di Pronto Soccorso, in atto, esiste un momento prescrittivo, eseguito dal medico, nella sala visita, al capezzale del paziente, ed un momento di registrazione che avviene in un momento ed in un luogo diverso da quello di registrazione, sale computer.

Questa discrepanza sembra essere la causa della mancata registrazione di farmaci somministrati al paziente.

Questo evento si traduce in perdita di immagine, soprattutto quando il paziente viene rivisto, dopo consulenze o esami, da altro sanitario con scoperta, talora, della mancata registrazione di quanto eseguito.

Circa le richieste di esami e consulenze, il tutto è risolto poiché quanto richiesto attraverso programma informatico, viene automaticamente registrato sul foglio di dimissione/ricovero.

Volendo applicare i principi della clinical governance, definito come «il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica» (da *A First Class Service*, Department of Health, 1998), è stata preparata una scheda infermieristica, in cui, in automatico, vengono scritti i dati anagrafici del paziente ed in cui vengono registrati, non solo gli atti esecutivi dopo prescrizione del medico, ma anche i parametri vitali registrati dall'infermiere e le manovre messe in atto dallo stesso in regime di autonomia infermieristica.

Questo processo, in un primo momento sperimentale, successivamente comporterà l'implementazione della scheda fra la documentazione presente nel fascicolo di ogni accesso.

Il processo comporta che, per ogni accesso, verrà stampata una scheda infermieristica (il modello individuato in atto è allegato alla presente).

Nel futuro, in base alle esigenze segnalate dagli infermieri, seguendo il percorso dei Protocolli, già a voi inviato, la presente scheda verrà modificata, e appena possibile, implementata nell'archivio elettronico.

L'area dell'emergenza e la somministrazione di farmaci rappresentano una delle fasi più critiche del processo assistenziale in ambito ospedaliero.

L'implementazione del percorso sopra individuato dovrebbe permettere la riduzione dei rischi di somministrazione, in vero molto eccezionalmente, fino ad oggi, verificatisi presso la nostra U.O. e soprattutto la registrazione dei parametri vitali, spesso non descritta nei fogli di ricovero/dimissione.

Al fine di condividere il percorso, è già stata eseguita una riunione preliminare con gli Infermieri Professionali, con cui è stata concordata la scheda infermieristica e discusse le problematiche teoriche possibili.

Si eseguirà, nel breve futuro, un'altra riunione, con i medici dell'U.O., prima di mettere a regime il percorso.

Un ulteriore passaggio, prima di rendere ufficiale e quindi implementare il percorso, sarà quello dell'analisi dei dati, da cui dovranno emergere eventuali criticità che devono essere risolte prima dell'ufficializzazione del percorso, e per cui saranno necessari non meno di 6 mesi.

Una semplificazione del sistema potrebbe giungere dalla presenza di computer in sala visita, in cui, praticamente in tempo reale, si potranno registrare gli atti infermieristici eseguiti.

Un'analisi importante deriverà dall'esame dei tempi.

La registrazione di una procedura eseguita, infatti, non deve comportare ritardi assistenziali sia nello studio che nella somministrazione di farmaci. Questo punto è tanto più critico quanto più grave è il paziente.

Da questo processo ci si attende una maggiore sicurezza per il paziente, un miglioramento dei rapporti con l'utenza, infatti quanto eseguito dall'infermiere verrà registrato nel fascicolo accesso, una maggiore responsabilizzazione dell'infermiere professionale che diventando parte attiva nel processo di descrizione delle manovre eseguite vedrà crescere il proprio ruolo, implementando così, con un altro passo, la crescita dell'infermiere professionale, già responsabilizzato circa le cure sul paziente, dal processo di triage.

Bibliografia

Gestire il rischio del farmaco attraverso il cambiamento: esperienza in un presidio ospedaliero – Erminia Ferrante, Daniela Corsi - Clinical Governance 2009
Sentenza Corte Cassazione 3° sezione n.20101 del 18/9/2009

Censis. Rischi ed errori nella sanità italiana, la gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute, realizzata con la collaborazione Assomedico. Roma, Censis, 2001; 1- 54

Sanz C. Disegno di un programma di Risk Management. CQI 1998; 3
A First Class Service, Department of Health, 1998.

PCR_015: Protocollo trauma cranico minore.

Linea Guida Trauma Cranico Minore

INTRODUZIONE

Il trauma cranico è un problema clinico con significative implicazioni in termini di salute pubblica. Il trauma cranico è un evento frequente nella popolazione adulta. In Italia vengono ricoverati, ogni anno, per trauma cranico circa 300-400 persone ogni 100.000 abitanti

Tra il 2006 ed oggi la diagnoisi di trauma cranico è stata posta a 3289 pazienti di cui 1209 sono stati ricoverati o trasferiti in altri nosocomi.

Una piccola percentuale di questi casi presenta, a sua volta, gravi complicazioni di tipo emorragico, con necessità, in alcuni casi, di intervento neurochirurgico in urgenza.

Nella grande maggioranza dei casi si tratta di traumi cranici minori e la gestione di questo tipo di trauma è volta essenzialmente a riconoscere quei pochi casi (1-3%) che a seguito di sviluppo di ematomi possono evolvere rapidamente e portare a morte il paziente (morti evitabili).

Il riconoscimento di questi casi passa attraverso un'attenta anamnesi, l'esame obiettivo neurologico e l'utilizzo della diagnostica per immagini.

DEFINIZIONE DI TRAUMA CRANICO MINORE

Si definisce un trauma del capo, con un punteggio GCS 15-14, con evidenza all'esame fisico e clinico di segni esterni come ecchimosi, ematomi del cuoio capelluto, lacerazioni o segni più eclatanti. Esso si differenzia dalle ferite superficiali del volto. Tutte le definizioni del passato: minore,lieve, minimo, grado I, Classe I, basso rischio, sono comprese nel termine lieve.

Ne sono esclusi i pazienti che presentano deficit neurologici focali, sospetto di frattura affondata o segni clinici di frattura della base cranica.

Il trauma cranico minore viene suddiviso in classi di rischio per la presenza di lesioni intracraniche:

Rischio basso di lesione intracranica:

- Nessuna perdita di coscienza
- Nessuna amnesia post traumatica
- Assenza di criteri di rischio moderato o elevato

I seguenti criteri, in sé e da soli, non sono predittivi delle lesioni:

- Cefalea
- Vertigini
- Ematomi, lacerazioni, abrasioni del cuoio capelluto

Rischio moderato:

- Perdita di coscienza
- Amnesia post traumatica
- Depressione del livello di coscienza
- Cefalea severa e progressiva
- Nausea o vomito severi
- Intossicazione da alcool o droghe
- Età inferiore a 2 anni
- Convulsioni post-traumatiche
- Deficit neurologici focali
- Segni di frattura del cranio
- Trauma multiplo
- Storia di emofilia o uso di warfarin

OBIETTIVO DEL PROTOCOLLO

- Gestione omogenea e corretta del trauma cranico minore in **Pronto Soccorso e dal Personale medico dell'MCAU.**
- Riduzione della mortalità evitabile conseguente a trauma cranico minore.
- Utilizzo razionale dei mezzi diagnostici.

GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO MINORE

La gestione del trauma cranico minore inizia con la valutazione dell'ABCD del paziente, una valutazione di carattere generale e l'eventuale protezione del tratto spinale della colonna cervicale.

- **Anamnesi.**

Le notizie che devono essere ricercate attentamente sono la perdita di coscienza e l'amnesia anterograda e retrograda, ossia i sintomi che definiscono il trauma cranico minore. La perdita di coscienza è considerata il sintomo più importante nella storia del paziente, a prescindere dalla durata. Va inoltre indagata la presenza di cefalea diffusa e di vomito. L'indagine anamnestica va proseguita con la ricerca di possibili fattori di rischio aggiuntivi. Nel caso il paziente venga dimesso è necessario fornire istruzioni di comportamento e di osservazione a chi lo accompagna. (vedi allegato)

- **Esame obiettivo.**

L'esame clinico deve essere volto a evidenziare ferite del cuoio capelluto e i segni clinici di frattura della base cranica (ecchimosi in regione mastoidea e in regione periorbitaria, presenza di emotimpano e rinoliquorrea). Una **vasta** ferita lacero-contusa è elemento sufficiente per inserire il paziente nel Grado 1. L'esame neurologico va orientato alla valutazione dello stato di coscienza e alla ricerca di lesioni neurologiche focali, in particolare un eventuale interessamento del IV e VI nervo cranico. L'esame neurologico negativo non esclude la presenza di lesioni cerebrali.

- **Radiografia del cranio.**

Con l'avvento della TC la radiografia del cranio ha perso di significato non essendo né sensibile né specifica per lesioni endocraniche.

- **TC del cranio.**

La TC, da effettuarsi senza mezzo di contrasto, è sensibile e specifica sia per fratture che per lesioni endocraniche di tipo contusivo e/o emorragico. La TAC andrebbe eseguita in tutti i

pazienti con rischio moderato al fine di evitare periodi prolungati di osservazione.

- **RNM**

La TAC è a tutt'oggi il gold standard degli studi per immagini. Sarebbe da valutare il suo utilizzo, in urgenza, in caso di impossibilità ad eseguire la TAC.

GRAVITA' E RACCOMANDAZIONI PONDERATE IN BASE ALL'EVIDENZA

(I gradi di raccomandazione impiegati sono in accordo con le indicazioni della US Agency for Health Care Policy and Research)

a) Basso rischio per lesioni intracraniche

- I pazienti che rientrano in questo quadro clinico-assistenziale possono essere dimessi con un foglio informativo sulle modalità di comportamento a domicilio (Grado di evidenza B) purchè sotto osservazione di amici o parenti, cui deve essere affidato il paziente e la documentazione con i consigli terapeutici osservazionali da seguire.

Molti pazienti (circa il 23%) infatti non sono in grado di ricordare quanto raccomandato a poche ore dalla dimissione dal DEA.

- Non è indicato alcun esame radiologico del cranio (Grado di evidenza B).

b) Moderato rischio per lesioni intracraniche

- I pazienti che rientrano in questo gruppo richiedono un'osservazione clinica di almeno 6 ore (Grado di evidenza C).
- E' indicata l'esecuzione di TC del cranio con finestra ossea, se peggioramento o persistenza dei sintomi, entro 6 ore (Grado di evidenza B).
- Nelle condizioni di cui sopra non è indicata la radiografia del cranio (Grado di evidenza B).

INDICAZIONI SUL PROGRAMMA DI OSSERVAZIONE

Osservazione Breve (3-6 ore)

1. Nessun tipo di alimentazione orale (digiuno), fino all'esclusione di patologia chirurgica.

2. Monitoraggio (GCS all'ingresso, a metà osservazione e alla dimissione dopo 3-6 ore)

Osservazione Prolungata (>6 ore)

1. Nessun tipo di alimentazione orale (digiuno), fino all'esclusione di patologia chirurgica.
2. Via venosa nelle prime ore.
3. Monitoraggio (GCS ogni 2 ore per le prime 12 ore poi ogni 4 ore fino alla 24 ora).
4. in attesa dell'apertura dell'O.B.I. il paziente sarà ricoverato in reparto chirurgico.

TRAUMA CRANICO MINORE E COLONNA CERVICALE

Nel caso di trauma cranico considerare sempre la possibilità di lesione consensuale del tratto spinale della colonna cervicale.

- Pazienti vigili, coscienti, sobri, neurologicamente normali, che non accusano dolore al collo e non presentano altre lesioni dolorose fuorvianti è estremamente improbabile che presentino una frattura/lussazione traumatica di una vertebra cervicale. Se presente, rimuovere il collare cervicale e palpare la colonna. Se non vi è una particolare contrattura muscolare, chiedere al paziente di muovere volontariamente il collo da parte a parte. Se non vi è dolore, chiedere al paziente di flettere e di estendere volontariamente il collo. Se anche in tal caso non compare dolore, le radiografie della colonna cervicale non sono indispensabili.
- Pazienti vigili, coscienti, neurologicamente normali, che riferiscono dolore al collo devono eseguire radiografia della colonna cervicale in proiezione laterale, antero-posteriore e transorale. Se queste radiografie sono normali, il collare cervicale può essere rimosso e il paziente valutato clinicamente come sopra. Se sussistono dubbi o ambiguità, è indicato il riposizionamento del collare e l'esecuzione

di TC del segmento in questione.

INDICAZIONI OPERATIVE E PERCORSO QUALITÀ

Data di applicazione: ottobre 2010

Ulteriore revisione:

Indicatori di performance:

1. Numero RX cranio
2. Numero TC cranio-encefaliche
3. Numero di pazienti con lesione post-traumatica intracranica non diagnosticata
4. Consegna del foglio con i consigli comportamentali all'accompagnatore

Bibliografia:

1) emergency medicine practice, novembre 2005, "il trauma cranico lieve:cosa fare quando non c'è (apparentemente) nessun danno
2) Linee guida di riferimento per la diagnostica mediante immagini

PCR_018: Ticket Pronto Soccorso.

Introduzione

La legge finanziaria per il 2007 detta all'art.1 c.796, lettera p ed r le disposizioni sulla compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni specialistiche sanitarie e di Pronto Soccorso.

In particolare, per quanto concerne la compartecipazione per le prestazioni di Pronto Soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata "codice bianco", l'Assessorato Regionale, al fine di uniformare il comportamento di tutte le aziende sanitarie siciliane, ha emesso la direttiva n. DIRS/00014, del 4/1/2007, dalla quale sono stati ricavati i principi ispiratori del presente protocollo.

Questo documento vuole perciò rappresentare un vademecum.

Compiti del Pronto Soccorso

a) triage

L'utente che arriva in Pronto Soccorso deve trovare a disposizione, apposito modello per consenso informato ed il personale infermieristico addetto al triage deve fornire le informazioni richieste dall'utente.

L'utente, inoltre, deve essere informato sul corretto uso del Pronto Soccorso, degli orari di apertura delle casse, bollettini postali precompilati.

In fase di triage verrà attribuito un codice colore che serve esclusivamente per disciplinare l'ingresso nelle sale visita.

Sul foglio di triage, insieme all'anamnesi infermieristica, verrà stampato il modulo di informazione per l'utente circa la possibilità che venga richiesto il pagamento del ticket.

Tale foglio, verrà sottoscritto dal paziente o da persona che ne fa le veci, per accettazione della possibilità di pagamento del ticket e dell'avvenuta informazione.

b) Medico di Guardia

Al termine dell'iter diagnostico-terapeutico, il medico che dimette attribuirà un nuovo codice, che può essere uguale o diverso da quello attribuito in fase di triage.

Se il codice attribuito dal medico sarà "bianco", verrà stampato apposito modulo che indicherà:

Generalità del paziente,
numero di prestazione, in numeri e codice a barre,
data della prestazione
firma del medico
istruzioni per il pagamento.

Sul foglio di dimissione deve essere prevista apposita indicazione dell'attribuzione del ticket.

c) Capo Sala

In apposite giornate ed orari, comunicate agli uffici competenti, sarà a disposizione degli utenti circa dubbi riguardanti le problematiche sanitarie dell'accesso al Pronto Soccorso, o per la consegna di duplicato del modello di pagamento, se smarrito dall'utente.

Utente

L'utente che riceve un codice bianco alla dimissione dovrà presentarsi alle casse esibendo l'eventuale certificato di esenzione del ticket, possibilmente con copia da consegnare all'ufficio, per annullare il pagamento poiché esente, ovvero inviare per posta copia della tessera di esenzione insieme alla richiesta di pagamento.

Nel caso di utente non esente pagherà quanto dovuto o passando alle casse, o con pagamento tramite bollettino postale o altre forme che sanno individuate nel futuro.

Ufficio Casse

Nel caso di utente esente, allegherà al modulo di richiesta pagamento del ticket l'autocertificazione o meglio copia del documento di esenzione.

Nel caso di utente pagante, incassato quanto dovuto, sarà consegnata ricevuta dell'avvenuto pagamento al paziente. La ricevuta deve presentare apposito codice, per poter risalire alla causale di pagamento, generalità del paziente. Copia della ricevuta, insieme a copia della richiesta di pagamento, sarà conservata per dovere d'ufficio.

Copia degli attestati di avvenuta presentazione alle casse per il pagamento, sia virtuale con esibizione dell'esenzione ticket, sia reale, con pagamento, saranno consegnati all'ufficio individuato per la tenuta del registro dei pazienti che devono ancora pagare.

Ufficio Amministrativo

Terrà aggiornati gli elenchi dei pazienti che devono pagare il ticket di Pronto Soccorso, eliminerà dall'elenco quelli che hanno già pagato attraverso tutte le forme previste (cassa, tessera di esenzione, posta, ecc…).

Nel caso di esenzione per patologia, l'amministrativo addetto all'ufficio, può chiedere lumi al medico del Pronto Soccorso circa la correttezza del rapporto prestazione erogata, tipo di esenzione.

Periodicamente, circa 6 mesi dopo la richiesta del ticket, verrà inviata apposita comunicazione agli utenti morosi.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale, sarà inviata apposita ricevuta intestata ed indirizzata all'utente che ha fruito della prestazione di Pronto Soccorso.

Naturalmente nel bollettino postale dovranno essere indicate le generalità del paziente ed il numero di dimissione.

Apposite convenzioni per la riscossione coattiva dei ticket non pagati potranno essere messi in atto seguendo le norme di legge vigenti.

URP

L'URP si occuperà delle proteste inerenti l'assegnazione del ticket siano esse presentati dal singolo utente o da organizzazioni di cittadini.

Tale ufficio provvederà, inoltre, a rispondere alle comuni domande circa le motivazioni del ticket e avrà, anche, il compito di informare sul corretto uso del Pronto Soccorso.

Potrà avvalersi di consulenze, anche telefoniche, del personale medico del Pronto Soccorso.

PCR_023: Maschera laringea.

1) Scopo

Il protocollo ha come scopo la corretta gestione delle vie aeree del paziente da sottoporre ad assistenza respiratoria nei tempi più rapidi possibili

2) Campo di applicazione

Il protocollo si applica ai pazienti in stato comatoso, codice rosso, con compromissione della funzione respiratoria

3) Destinatari

Il protocollo verrà utilizzato dal personale medico ed infermieristico dell'MCAU del Presidio Ospedaliero di Trapani

4) Obiettivo

Riduzione dei danni ipossici

5) Motivo

Nei pazienti con una improvvisa insufficienza respiratoria la riduzione degli scambi gassosi determina un immediato crollo della saturazione arteriosa con drastica riduzione dell'afflusso di O2 al cervello

6) Materiale occorrente:

a) Guanti;
b) fonte di ossigeno;
c) maschera facciale, cannula di mayo, pallone autoespandibile;
d) maschere laringee di diverse misure
e) siringa da 20 ml;
f) aspiratore (-150 nmmHg) e sondini;
g) set per cricotirotomia percutanea;
h) sondino naso gastrico
i) farmaci dell'urgenza (1 mg adrenalina a 10 ml in soluzione fisiologica, 200 mg dopamina a 10 ml, 2 mg di noradrenalina a 10 ml, 1 fiala di atropina a 10 ml, 1 fiala di xilocaina da 10 ml, 1 fiala di calcio cloruro10 ml)

7) Situazione paziente:

coma profondo

8) Esecuzione dell'intubazione:

escludendo i traumi cervicali e cranio facciali, estendere il capo, trattenendo la posizione con la mano sinistra

nel caso di trauma cranio facciale o cervicale eseguire l'operazione facendosi aiutare a tenere bloccato l'asse testa–collo-torace

aprire la bocca e rimuovere eventuali corpi estranei (es.: dentiera), possibilmente facendosi aiutare
aprire la confezione della maschera laringea, previo controllo della sua integrità
rimuovere la protezione della cuffia e la linguetta della valvola di insufflazione
lubrificare la parte convessa della maschera laringea, impugnandola come una biro, la si spinge seguendo la curva del palato duro e molle (infilando le due dita fin dove si riesce, scendendo dietro la lingua)
con l'altra mano prendere il tubo e finire il movimento fino ad arrivare sullo sfintere esofageo superiore
con la siringa si gonfiano le labbra della LMA, con il quantitativo di aria previsto a seconda della misura della maschera
ventilare il paziente con il pallone o con il respiratore e controllare la corretta posizione della maschera laringea
se possibile, posizionare un rotolo di garze fra i denti per impedire che la maschera venga morsicata, rotta o danneggiata al risveglio o ad un maggiore livello di coscienza
fissare le garze e la maschera con un cerotto
9) Problemi:
la maschera laringea ha una capacità di adesione fino a 20 cm di acqua. Un colpo di tosse o uno sforzo espiratorio del paziente possono dislocarla

PCR_024: Linea Guida Ictus Cerebri.

La necessità di migliorare l'assistenza offerta ai pazienti determina la necessità di individuare delle linee guida per le patologie a maggiore impatto circa le problematiche inerenti le cure, la sopravvivenza, i reliquati e la qualità della vita del paziente.

Tale esigenza deve essere coniugata con la necessità che tutti i medici dell'MCAU rispondano, nel modo migliore rispetto alle evidenze mediche, compatibilmente con le risorse disponibili.

Nella riunione del 23/4/10, tra lo scrivente ed i medici dell'MCAU, si è fatto il primo passo in questa direzione.

In tale data, insieme con i medici dell'U.O. di MCAU, è stato trattato l'argomento "ictus cerebri" ed è stato proposto il seguente iter diagnostico, volto al fine di ridurre i tempi pre cura e quindi ridurre i danni dell'equazione tempo = cervello.

La linea guida proposta è stata stilata sulla base delle linee guida ministeriali per l'ictus (ischemico) e considerando la possibile, futura, apertura della stroke unit.

Definizione: l'ictus è l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale (Hatano S., Bull.W.H.O., 1976). Si distinguono l'infarto cerebrale o ictus ischemico, l'emorragia intracerebrale e l'emorragia sub-aracnoidea. Queste linee-guida si riferiscono al solo ICTUS ISCHEMICO, perché l'ictus emorragico verrà trattato dopo l'ufficializzazione delle linee guida regionali, peraltro già concordate al relativo tavolo tecnico, ed a Lei già trasmesse, per la tele consulenza neurochirurgica.

OBIETTIVI DELLE LINEE-GUIDA

Ogni LG si propone di migliorare la qualità dell'assistenza. In questo documento tale finalità è perseguita con due linee di azione che identificano gli OBIETTIVI GENERALI:

a) promuovere gli interventi efficaci ed appropriati, da eseguire in Pronto Soccorso, per ogni paziente;

b) migliorare l'informazione fra operatori del Pronto Soccorso ed Utenti;

FASI DELL'ASSISTENZA IN PRONTO SOCCORSO:

1) **Triage**: il paziente con un ictus, in assenza di alterazioni dei parametri vitali, verrà classificato come codice rosso se il danno è comparso da meno di 3 ore; con il codice appropriato in base all'anamnesi infermieristica se superiore a 3 ore; a tal scopo si utilizzerà la Cincinnati Scala, già implementata nella scheda "Distubi Neurologici", in cui gli infermieri addetti al triage sono già esperti;
2) **Protocolli infermieristici**: in caso di attribuzione di codice rosso, l'infermiere addetto al triage eseguirà quanto previsto nel protocollo "Assistenza infermieristica al Codice Rosso" già approvato dalla Direzione Sanitaria ed in atto già implementato in questo servizio di MCAU;
3) **Medico di Guardia in P.S.**: valutato l'ABC, stabilizzato il pz., con l'eventuale intervento degli specialisti ritenuti più idonei, darà disposizione per: incannulazione di vena ed esecuzione dei prelievi per gli esami ematochimici (emocromo, funzionalità epato-renale, proteina c reattiva, assetto coagulativo), ecg (per eventuali cause cariogene

dell'ictus) ed eventuale visita cardiologica, trattamento di eventuali crisi ipo-glicemiche e iperglicemiche, richiederà tac encefalo e, solo nel caso di febbre =>38°C, rx torace e paracetamolo per ridurre l'iperpiressia; correzione di eventuale valori tensivi >210 mm. HG max e 120 mmHg min, con l'indicazione di riportarla a 185 max, 100 min.

Nel caso in cui il tempo trascorso fra inizio della sintomatologia e tempo calcolato per il trasporto a Palermo fosse <3 ore trasferire il paziente a Villa Sofia, se < 4,5 ore, trasferire al Civico di Palermo, previo contatto telefonico con l'area di emergenza.

1) **Dopo Neuroimaging, se il paziente non è inviabile presso Stroke Unit**:

Da questo punto è necessario stabilire alcuni indirizzi che coinvolgono altre U.O.:

- Visita neurologica sempre, h 24, anche nelle ore notturne in assenza di neurologo di guardia e quindi con ricorso allo specialista in regime di reperibilità?
- Il ricovero deve avvenire sempre in neurologia, come consigliato dalle linee guida europee?
- In neurologia tranne i casi di totale incapacità di badare a se stessi come consigliato dalle linee guida italiane?
- Il ricovero deve avvenire in neurologia o medicina in base ad età, estensione dell'ictus, possibilità di recupero, esito della consulenza neurologica, come da linee guida americane?
- Bisogna istituire una commissione (medicina/neurologia) per decidere di volta in volta?

Le regole di cui sopra non possono essere dettate dal solo scrivente, ma è necessario un coinvolgimento della Direzione Sanitaria e (se la Dir. San. lo ritiene utile) delle U.O. coinvolte al fine di chiarire alcuni aspetti e stabilire regole certe nell'interesse esclusivo del paziente.

Al riguardo, lo scrivente, pur ritenendo che il paziente debba essere sempre ricoverato in neurologia, si rende conto che non è possibile eseguire quanto sopra per il ridotto numero di p.l. specialistici rispetto alla casistica annuale, all'impossibilità di dimettere precocemente tali pazienti per l'assenza di p.l. di riabilitazione e/o lungodegenza, fattori che prolungano il tempo di ricovero, riducendo il numero di pazienti assistibili dalla neurologia.

Per tale motivo si ritiene che debbano essere così ricoverati:

- Divisione di Neurologia

età<65-70
e
assenza di comorbilità
acute o croniche
scompensate

- Divisione di Med. Interna

età≥65-70
e/o
presenza di comorbilità acute
o croniche scompensate

- Divisione di Geriatria

età ≥ 75
Naturalmente fin quando l'U.O. di geriatria non verrà attivata tali pazienti dovrebbero essere ricoverati in Medicina.
Resta il problema per i:

- Pazienti con danni alla tac talmente evidenti che siano ridotte le possibilità di recupero
- Pazienti completamente non in grado di badare a se stessi

Si ritiene che la Direzione Sanitaria debba fornire dei pareri sui punti soprastanti, coinvolgendo, se lo ritiene opportuno, le U.O. coinvolte nell'accoglienza di tali pazienti al fine di completare la presente linea guida.

PCR_025: Ricoveri Non Urgenti.

Premessa

Le varie leggi sui Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) hanno determinato la necessità di ricorrere, ove possibile, a forme alternative al ricovero ordinario, quali ambulatorio, day service, day hospital.

- Poiché secondo i L.E.A. la maggior parte dei ricoveri non urgenti possono essere evitati con il ricorso alle forme alternative di ricovero
- Poiché tali forme di ricovero non vengono gestite dall'U.O. di M.C.A.U.
- Al fine di evitare ulteriore sovraccarico di carico di lavoro al Pronto Soccorso
- Come negli altri Ospedali Italiani

Si invitano i medici che propongono un ricovero non urgente ad inviare tali pazienti presso gli ambulatori dell'U.O. presso cui si vorrebbe far ricoverare il proprio assistito.

Al fine di evitare ulteriore sovraccarico di carico di lavoro al Pronto Soccorso, problemi con il paziente che vede modificata la sua aspettativa assistenziale si ricorda che:

Il Ricovero ordinario, ovvero ricovero per patologie non urgenti, può essere richiesto:

- dal Medico di base
- dallo Specialista
- dal Medico di Guardia territoriale

Per tali ricoveri, probabilmente, sarebbe più appropriato il ricorso alle prestazioni ambulatoriali, Day Hospital, Day Surgery e Day Service.

Percorso ricoveri non urgenti

Viste le considerazioni di cui sopra viene proposto il seguente iter, per i ricoveri ricadenti nei DRG ad elevato rischio di inappropriatezza e per i ricoveri non urgenti:

PROGRAMMAZIONE DEL RICOVERO

Il ricovero non urgente in regime di degenza ordinaria viene disposto e programmato dal medico del reparto, sotto la diretta responsabilità dei direttori o dei responsabili di Unità Operativa, previo controllo della disponibilità di posti letto liberi, al fine di garantire il ricovero per i casi urgenti, e verifica dell'appropriatezza del ricovero, secondo due modalità:

1. direttamente
2. su proposta

· di un medico ospedaliero non appartenente al reparto
· del medico di famiglia
· di uno specialista
· di qualsiasi medico libero-professionista

In tal caso, sarebbe opportuno che il medico proponente contattasse, telefonicamente, il medico del reparto per verificarne l'opportunità e i tempi.

Il medico di reparto potrà ritenere necessario sottoporre il paziente a visita specialistica ambulatoriale al fine di:

· verificare l'effettiva necessità del ricovero programmato in regime di degenza;
· accertare il possibile rinvio del ricovero;
· indicare il ricorso a forme alternative di assistenza ospedaliera (Day hospital, prestazioni ambulatoriali).

Qualora il medico dell'U.O. non avesse provveduto a concordare l'accesso del paziente con il richiedente, ovvero questi invii all'ambulatorio ospedaliero, nella richiesta di visita specialistica, verrà scritto "visita per ricovero" e l'Ufficio Prenotazioni Ospedaliero provvederà a dare priorità a tale paziente.

Una volta accertata la disponibilità di posto letto e la necessità del ricovero, il medico di reparto comunica al medico proponente, direttamente al paziente o a un suo familiare, il giorno stabilito per l'accesso in ospedale.

Il giorno precedente al ricovero, il personale infermieristico del reparto contatta telefonicamente il paziente per confermare la disponibilità del posto letto. E'opportuno raccomandare al paziente di portare con se tutti gli esami e gli accertamenti diagnostici già eseguiti ed eventuali cartelle cliniche di ricoveri precedenti che possano avere relazioni con la patologia in atto, le confezioni o le documentazioni dei farmaci assunti a domicilio.

ACCETTAZIONE DEL RICOVERO IN REPARTO

Il giorno fissato per il ricovero

- Il paziente si presenta al reparto dalle ore 8,00 alle ore 9,00;
- Riceve il modulo per l'accettazione compilato da un medico del reparto
- Nel caso di Day Service passa dalla cassa
- Provvede quindi, direttamente o tramite un suo familiare, alla registrazione del ricovero presso l'ufficio accettazione sanitaria;
- Si raccomanda di evitare assolutamente i ricoveri nei giorni prefestivi e festivi.
- L'Accettazione Sanitaria provvederà a stilare il ricovero secondo le direttive dello Specialista Ospedaliero.

Disposizioni finali:

Poiché non appare corretto far attendere due volte il paziente, prima per la visita specialistica e successivamente per il ricovero, l'Ufficio Accettazione darà priorità, a quei pazienti che si presenteranno con richiesta di "Visita presso l'U.O. di_________ per ricovero, diagnosi______________."

Bibliografia

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana dell'8 febbraio 2002, sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza
- Decreto 27 giugno 2002 che ha dettato "Disposizioni relative all'erogazione di alcune prestazioni in attuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria";

- Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, relativamente ai tassi di ospedalizzazione, prevede all'art. 4, comma 1, lett. b), che i predetti tassi per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno vengano mantenuti entro il 180 per mille abitanti residenti;
  Visto il Nuovo Patto per la salute stipulato il 28 settembre 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- Decreti n. 1091 del 31 maggio 2007 e n. 1119 del 31 maggio 2007, con i quali il protocollo RS-PVA è stato riconosciuto quale strumento ordinario di valutazione dei ricoveri ospedalieri per acuti;
- Decreto n 1260 del 14 giugno 2007, con il quale sono state emanate disposizioni relative all'erogazione delle prestazioni di day surgery e di day hospital;
- Decreto Assessore Sanità 18/10/2007

PCR_026: Prevenzione episodi lipotimici.

Poiché assistere ad eventi cruenti può determinare improvvise perdite di coscienza degli accompagnatori del paziente che assistono all'evento;

Poiché spesso questi episodi di perdita di coscienza non sono preceduti da malori premonitori;

Poiché spesso i parenti che assistono il paziente non sono in grado di riconoscere i sintomi premonitori dell'episodio lipotimico o non li riferiscono;

Al fine di evitare il coinvolgimento dell'Azienda in cause risarcitorie

Si dispone che

1) È preferibile che il paziente entri da solo, senza accompagnatori, in sala visita, al fine, anche, di garantirne la privacy ed evitare che altri, anche parenti intimi (marito, genitori, ecc…) vengano a conoscenza della storia clinica del paziente;
2) Qualora il paziente voglia assolutamente la presenza di un accompagnatore, sarà ammesso, al massimo, una persona che potrà assistere **solo** all'atto "visita" e sarà fatto uscire dalla stanza in caso di atti cruenti (es.: sutura, interventi salva vita, incannulazione di vena o prelievo ematico, cateterismi vescicali, ecc…);
3) Nel caso di paziente in coma o non in grado di intendere e volere (tra cui anche i minori) sarà permesso, se strettamente necessario, l'ingresso in sala di un accompagnatore rispettando le regole del punto precedente;
4) Il medico che deroga alle norme di cui sopra si assume la piena responsabilità delle conseguenze della deroga fornita.

PCR_027: Segnalazione avvelenamenti, assunzione di cibi guasti o avariati o contraffatti o fitofarmaci.

Facendo seguito a quanto disposto dal Direttore Pro tempore di questa U.O., nel Settembre 2006, il Medico di Guardia del Pronto Soccorso ha l'obbligo, nel caso di assunzione o di sospetta ingestione di cibi avariati, contaminati o contraffatti di segnalare il fatto alle autorità di P.S. ed all'Igiene Pubblica, pertanto si dispone che:

Il presente protocollo si applica in caso **di assunzione di cibi avariati, scaduti, contaminati per apertura, anche accidentale, della confezione prima dell'acquisto, contraffatti, o in cui esista tale sospetto, inoltre, gli avvelenamenti reali o presunti con fitofarmaci, antiparassitari ecc….**

Il medico, avvertito dal paziente, deve:

1. Valutare le condizioni cliniche del paziente e comportarsi, dal punto di vista assistenziale, in base alle evidenze riscontrate;
2. Stilare il referto medico;
3. Allertare le Forze dell'Ordine, (obbligatorio, come per tutti i referti, se la prognosi supera 15 gg., è prevista riserva sulla vita o sulla funzione di un organo o apparato);
4. Telefonare al medico reperibile dell'Ufficio di Igiene. (Si ricorda che l'elenco delle reperibilità di tali medici si trova, in atto, nella bacheca sita nella Sala Visita A);
5. Consegnare eventuali contenitori ove si trovino tracce del materiale sospetto al Medico Reperibile dell'Igiene Pubblica e segnalare sul referto medico l'affidamento del materiale, descrivendo brevemente il materiale consegnato;
6. Sul referto medico dovrà essere segnalato, anche, il luogo d'acquisto del(i) prodotto(i) di cui si sospetta;
7. Segnalare l'accaduto allo scrivente per le opportune comunicazioni alla Direzione Sanitaria, o con telefonata (in caso di evento grave) o con segnalazione scritta (copia del referto medico);

PCR_028: Protocollo Iter provette per esami di laboratorio.

Al fine di migliorare l'assistenza al paziente urgente;

Risolvere le problematiche inerenti i tempi di esecuzione degli esami;

Evitare che il prolungamento dell'esecuzione degli esami chiuda la finestra utile per l'esecuzione della trombo lisi o dell'applicazione di stent (nel paziente cardiologico acuto);
Poter risalire alle motivazioni di ritardo nell'esecuzione degli esami;
Evitare abusi;
Viene stabilito quanto appresso:

1) Il prelievo inviato deve comprendere, di norma una provetta per emocromo (se richiesto, oggi tappo viola), una provetta per sierologia (se richiesta, oggi tappo verde), una provetta per attività (se richiesta, oggi tappo celeste);
2) Nel caso di richiesta alcolemia si dovranno inviare due provette per sierologia (litio eparina) con la firma dell'infermiere che ha eseguito il prelievo;
3) Il prelievo urgente, eseguito in Pronto Soccorso, sarà accompagnato da due richieste firmate dal medico del Pronto Soccorso richiedente gli esami;
4) L'ausiliario che porta i prelievi in Laboratorio consegnerà prelievi e richieste al tecnico di turno all'accettazione;
5) Questo siglerà una delle due richieste, apponendovi l'orario di arrivo;
6) L'ausiliario riporterà la richiesta in Pronto Soccorso;
7) Dopo un'ora, di regola, gli esami saranno disponibili in Intranet per la consultazione o su stampa cartacea (in laboratorio);
8) Qualora il prelievo presentasse problemi il tecnico avviserà immediatamente il Pronto Soccorso al numero telefonico interno 450, avvertendo del problema e comunicando il nome del paziente, sul cui prelievo esistono problemi, e registrando sulla richiesta il nome della persona con cui ha comunicato;
9) Il personale del Pronto Soccorso che riceve la telefonata provvederà a far ripetere il prelievo, eseguirà una copia della richiesta che non può essere esitata ed invierà in laboratorio le due richieste (copia ed originale) ed il prelievo ripetendosi i punti 4-7;
10) In caso di punto 7, sulla richiesta che ritorna in Pronto Soccorso, saranno presenti due o più orari e sigle di chi ha ricevuto il prelievo al fine di dimostrare, dal punto di vista medico legale che è avvenuto un problema non volontario nell'esecuzione del prelievo/esami;
11) Qualora si richiedano esami particolarmente urgenti (es. Emocromo), dietro opportuna segnalazione ed autorizzazione del medico di guardia della Patologia Clinica, l'esecuzione potrà avvenire in tempo reale;

12) In caso di ricovero del paziente, se avviene contestualmente all'invio delle richieste in Laboratorio dovrà essere indicata l'U.O. di destinazione; nel caso di ricovero in tempi successivi rispetto all'invio dei prelievi, ma prima della pubblicazione in intranet dei risultati, dovrà essere comunicato, alla Patologia Clinica (tel. N. 288 di giorno, 744 di notte), la Divisione presso cui viene eseguito il ricovero, riportando, nella copia allegata alla cartella clinica, la persona (medico o tecnico) con cui si è comunicato. Se il ricovero avviene dopo la pubblicazione dei risultati in intranet, copia stampata degli esami verrà allegata in cartella;

13) Qualora si verificassero problemi inerenti le tipologie delle richieste, ritardi nell'esecuzione/trasmissione degli esami, nell'esecuzione del presente protocollo dovrà essere avvisato il Direttore della Patologia Clinica ed il Direttore del Pronto Soccorso, o loro delegati, per monitorare il presente protocollo ed evitare problematiche medico legali e migliorare l'assistenza offerta;

14) Con cadenza, per 3 mesi, mensile, successivamente semestrale, i Direttori delle U.O. o persone da loro incaricate, si incontreranno per la rilevazione delle problematiche;

PCR_029: Criteri di valutazione del personale.

Obiettivi dell'U.O. oggetto di valutazione

Infermieri:

Al fine di rendere il più trasparente possibile la valutazione degli infermieri di questa U.O., si trasmette la griglia con gli indici di peso di ciò che verrà valutato sui dati 2011.

Obiettivo di questo servizio è quello di ridurre l'inappropriatezza nell'afflusso di pazienti a questa U.O.

Dall'1/4/11 l'ASP ha aperto il PPI per i codici bianchi e parte dei verdi, il cui regolamento è stato concordato fra Pronto Soccorso e Medicina di Base.

Poiché troppo spesso questo servizio viene utilizzato per supplire il territorio o per accelerare prestazioni ambulatoriali non a carattere d'urgenza,

Poiché i mezzi a nostra disposizione sono rappresentati dal ticket e dal richiedere esami e consulenze solo a pazienti con problemi a carattere di urgenza ed emergenza, per risolvere problemi diagnostici del Medico di Pronto Soccorso,

Si propongono i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Indicatore	Valore atteso	peso

Telefono pazienti		>50%	20
Medico famiglia		<20% sui valori assoluti 2010	20
Corretta compilazione dati anagrafici			10
Carico di lavoro:triage		>60% dimessi esame obiettivo >60% dimessi note alla dimissione	10
Partecipazione alle riunioni		>80	10
Compilazione scheda infermieristica		Scostamento rispetto alla media <25%	10
Indicatori aziendali			

La scheda di valutazione del 2009 prevedeva due aree principali con 4 punti di valutazione, appresso indicati :

Area della Partecipazione Ai processi produttivi d'equipe

1) grado di partecipazione alle attività di programmazione interna all'equipe
2) grado di disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi
3) capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico
4) capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe

Area della produttività individuale

1) rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati
2) grado di puntualità
3) grado di autonomia
4) grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi

Al fine di creare una corrispondenza fra obiettivi misurabili e scheda personale i punti segnalati nella tabella vengono così interfacciati:

Area della Partecipazione Ai processi produttivi d'equipe

1) Partecipazione alle attività di programmazione ---- partecipazione ad incontri e riunioni
2) Disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi ---- Rispetto dei protocolli, indicazione dell'esame obiettivo e delle note alla dimissione

3) Capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico ---- non essendo stati assegnati gli incarichi dirigenziali non è possibile, in atto, fornire ex ante degli indicatori misurabili
4) Capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe ------ Ticket attribuiti. Questo indicatore è rivolto alla misurazione di un parametro che viene richiesto da Assessorato e Ministero alla Salute. Non attribuire i ticket implica la sconfessione del triage. Quindi a cascata un problema di Unità Operativa

Area della produttività individuale

1) Rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati -------- carico di lavoro espletato
2) Grado di puntualità ----------------- saranno analizzati i fogli presenza e valutate eventuali cronicità nel fornire il cambi ai colleghi
3) Grado di autonomia -------- (ecg eseguiti in P.S. a codici di triage rossi e schede cardiologiche cod.giallo*100/visitati rossi e schede cardiologiche cod. giallo)
4) Grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi
   -------- Consulenze facilmente evitabili

A tal fine saranno fornite le tabelle con i valori 2010.

Tali tabelle saranno fornite in forma anonima con al posto dei nomi dei medici un numero.

La corrispondenza numero medico verrà fornita su foglio a parte e consegnato al diretto interessato.

Nel mese di Luglio saranno forniti gli indicatori di metà anno.

Per chi non può confrontare i dati con l'anno precedente (nuovi assunti) l'indicatore di base è rappresentato dalla media dei colleghi.

Medici:

Al fine di rendere il più trasparente possibile la valutazione dei medici di questa U.O., si trasmette la griglia con gli indici di peso di ciò che verrà valutato sui dati 2011.

Obiettivo di questo servizio è quello di ridurre l'inappropriatezza nell'afflusso di pazienti a questa U.O.

Dall'1/4/11 l'ASP ha Aperto il PPI per i codici bianchi e parte dei verdi, il cui regolamento è stato concordato fra Pronto Soccorso e Medicina di Base.

Poiché troppo spesso questo servizio viene utilizzato per supplire il territorio o per accelerare prestazioni ambulatoriali non a carattere d'urgenza,

Poiché i mezzi a nostra disposizione sono rappresentati dal ticket e dal richiedere esami e consulenze solo a pazienti con problemi a carattere di urgenza ed emergenza, per risolvere dubbi diagnostici del Medico di Pronto Soccorso,

Si propongono i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Indicatore	Valore atteso	peso
Ticket attribuiti	(Ticket/visitati, codici bianchi e verdi al triage)*100	>40%	20
Consulenze facilmente evitabili	(Dermatologia, Oculistica ed ORL)	<20% sui valori assoluti 2010	20
Rispetto dei protocolli e linee guida	(ecg eseguiti in P.S. a codici di triage rossi e schede cardiologiche cod.giallo*100/visitati rossi e schede cardiologiche cod.giallo)		10
Rispetto dei protocolli e linee guida	Esame obiettivo compilato e Note dimissioni fornite	>60% dimessi esame obiettivo >60% dimessi note alla dimissione	20
Partecipazione alle riunioni	presenza	>80	10
Carico di lavoro espletato	(Pazienti visitati/pazienti transitati)	Scostamento rispetto alla media <25%	20
Indicatori aziendali			

La scheda di valutazione del 2009 prevedeva due aree principali con 4 punti di valutazione, appresso indicati :

Area della Partecipazione ai processi produttivi d'equipe

1) grado di partecipazione alle attività di programmazione interna all'equipe

2) grado di disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi
3) capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico
4) capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe

Area della produttività individuale

5) rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati
6) grado di puntualità
7) grado di autonomia
8) grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi

Al fine di creare una corrispondenza fra obiettivi misurabili e scheda personale i punti segnalati nella tabella vengono così interfacciati:

Area della Partecipazione Ai processi produttivi d'equipe

1) Partecipazione alle attività di programmazione ---- partecipazione ad incontri e riunioni
2) Disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi ---- Rispetto dei protocolli, indicazione dell'esame obiettivo e delle note alla dimissione
3) Capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico ---- non essendo stati assegnati gli incarichi dirigenziali non è possibile, in atto, fornire ex ante degli indicatori misurabili
4) Capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe ------ Ticket attribuiti. Questo indicatore è rivolto alla misurazione di un parametro che viene richiesto da Assessorato e Ministero alla Salute. Non attribuire i ticket implica la sconfessione del triage. Quindi a cascata un problema di Unità Operativa.

Area della produttività individuale

5) Rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati -------- carico di lavoro espletato
6) Grado di puntualità ----------------- saranno analizzati i fogli presenza e valutate eventuali cronicità nel fornire il cambio ai colleghi
7) Grado di autonomia -------- (ecg eseguiti in P.S. a codici di triage rossi e schede cardiologiche cod.giallo*100/visitati rossi e schede cardiologiche cod. giallo)
8) Grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi
   -------- Consulenze facilmente evitabili

A tal fine saranno fornite le tabelle con i valori 2010.

Tali tabelle saranno fornite in forma anonima con al posto dei nomi dei medici un numero.

La corrispondenza numero medico verrà fornita su foglio a parte e consegnato al diretto interessato.

Nel mese di Luglio saranno forniti gli indicatori di metà anno.

Per chi non può confrontare i dati con l'anno precedente (nuovi assunti) l'indicatore di base è rappresentato dalla media dei colleghi.

PCR_030: Protocollo Sbarellamento.

Viste le norme regionali sul triage e trasporto infermi
Viste le disposizioni già fornite nel tempo

Si ricorda

- Il paziente trasportato con ambulanza, dopo aver effettuato il triage, **innanzi alla postazione del triage di bancone**, viene sbarellato dal personale che lo ha trasportato, negli appositi locali (stanza innanzi le scale)
- Il personale che ha accompagnato il paziente resta con lo stesso finchè questo non viene fatto entrare in sala visita o affidato ad un medico dell'U.O. di M.C.A.U. libero
- Il paziente accompagnato dalle ambulanze **avrà priorità rispetto agli altri pazienti con lo stesso codice di triage**
- L'ambulanza non sarà operativa finchè il paziente non viene fatto entrare in sala visita o affidato ad un medico dell'U.O.

  Ne consegue che al personale delle ambulanze è fatto divieto di:
  - Entrare nei locali per lo sbarellamento da porte secondarie
  - Lasciare il paziente a parenti od altre persone ed allontanarsi dal locale sbarella mento
  - Entrare in sala visita o in sala computer
  - Fare pressione sul personale medico e non, del pronto soccorso, per accelerare il tempo per la visita

Infine

Il personale addetto alle ambulanze **deve** segnalare al medico di guardia, all'atto della visita, eventuali inadempienze, del triagista, al presente ordine di servizio

Il personale triagista **deve** segnalare al medico di guardia eventuali non ottemperanze alle norme di legge ed al presente regolamento

Il medico di guardia **deve** stilare referto medico e segnalare alle forze dell'ordine eventuali inadempienze del seguente ordine di servizio

PCR_031:Teleconsulenza neurochirurgica.

- Quando richiederla

Il protocollo regionale prevede che venga richiesta nelle condizioni di cui appresso:
In presenza di ematoma >3mm
GCS<13
Non deve essere richiesta per lesioni ischemiche e lesioni non di interesse neurochirurgiche

- Apertura programma

Per aprire il programma è necessario inserire nome utente (prima lettera del nome+cognome) e password (prima lettera del nome + cognome)
Il programma chiederà immediatamente di cambiare la password.
La password deve essere cambiata ogni 60 gg pena perdita della possibilità di cambio password (il programma avverte per tempo)

- Cambio password

Andare su **utilità** posto in alto a sin e schiacciare **cambia password**.
Scrivere la vecchia password nell'apposito spazio e la nuova password, 2 volte, negli appositi spazi
Quindi **esci**

Preparazione teleconsulenza

Il modulo di richiesta di teleconsulenza neurochirurgia prevede 4 sezioni: anagrafica; dati anamnestici; notizie cliniche; relazione del radiologo con immagini.

La richiesta di teleconsulenza deve essere inviata sempre dal medico di P.S., neurologo o anestesista. Il radiologo visionata la tac può iniziare il processo di teleconsulenza ma non può inviare i dati.
Di conseguenza il paziente può essere inserito dalla radiologia o dal medico di Pronto Soccorso.

- Paziente inserito dalla radiologia (opzione oggi non disponibile)

Se il paziente è stato inserito dalla radiologia andare sul pulsante **teleconsulto** e schiacciare **gestione consulti**.
Si aprirà una maschera in cui sono presenti tutti i pazienti cui il radiologo ha inserito quanto di propria competenza.
Schiacciare nella colonna **QR** in corrispondenza del paziente per compilare il questionario
Si aprirà una nuova maschera con tutti i dati da inserire.
In alto si trovano 3 indicatori. Quello della radiologia dovrebbe essere verde.
Aprire la prima sessione e compilare tutti i dati. Se la compilazione è completa l'indicatore diventerà verde
Tutti i campi sono obbligatori.
La maschera è in fase di aggiornamento e semplificazione.
Schiacciare sul **dischetto** in alto a destra per salvare i dati. Se si chiude la maschera senza aggiornare i dati verranno perduti e dovranno essere reinseriti

- Inserimento paziente (procedura attuale)

Andare su **teleconsulto** (in alto a sin) e poi su **nuovo consulto** e compilare i campi presenti nella maschera.

- Schiacciando 2 volte sul campo data comparirà un campo per la facilitazione dell'inserimento data.
- La struttura cui chiedere il teleconsulto è villa sofia giorni dispari, civico giorni pari.

Compilata la pagina si apriranno 3 pulsanti a dx.
Il **pulsante in alto a dx (anagrafica)** serve per l'inserimento dei dati anagrafici. Inserendo nome e cognome e schiacciando su cerca si aprirà una maschera fra cui scegliere il pz.
Compilata la scheda anagrafica schiacciare sul **segno di spunta verde** (salva).

Schiacciare il **terzo pulsante di dx** in basso (questionario) serve per aprire la scheda **dati anamnestici**. Tutti i campi devono essere compilati.
Salvare, l'indicatore in alto diventa verde e si apre la scheda **esame obiettivo**.
Se l'indicatore resta rosso, viene riaperta la stessa maschera. Bisogna selezionare la voce a cui non si ha risposto.
Nella maschera dati clinici tutti i dati sono obbligatori.
Dopo aver salvato l'indicatore diviene verde ed è necessario telefonare al radiologo per l'inserimento di quanto di sua competenza.
Se l'indicatore resta rosso, viene riaperta la stessa maschera. Bisogna selezionare la voce a cui non si ha risposto.
Quando il radiologo compilerà la sua scheda dovrà chiamare per avvertire.
Aprendo il programma tutti e tre gli indicatori saranno verdi
Se tutti i quadri sono completi
Compilata la parte anagrafica salvare sul **dischetto** in alto a dx che salva i dati e porterà alla compilazione dell'anagrafica.

- Invio teleconsulenza

Schiacciare **Teleconsulto** e poi **Gestione Consulti**, schiacciare sul **cognome** del paziente. La riga del paziente selezionato diverrà scura e si apriranno dei pulsanti a dx.
Schiacciare su quello che ha l'icona di un **lucchetto**
Si dovrà inserire la password.
Attenzione: la passwordo deve essere quella di chi ha iniziato la procedura teleconsulto!
Inviata la teleconsulenza chimare i numeri dedicati di villa sofia o civico per avvertire il neurochirurgo. (sono attaccati al quadro elettrico sopra la stampante della "stanzaC".
Sarete avvertiti dal neurochirurgo quando la risposta sarà pronta.

PCR_032: Compilazione del Referto Medico e Referto "non obbligatorio".

Compilazione referto medico

L'art.365 c.1 del codice penale prevede l'obbligo di compilazione del referto medico e le pene per chi non osserva tale obbligo.

L'art.331 del codice di procedura penale prevede i casi in cui debba essere compilato il referto medico.

Poiché, spesso, si verifica che il medico dimettente è diverso dal medico che ha preso in carico il paziente;

Poiché il primo medico che visita il paziente è chi deve, sicuramente, redigere il referto;

Poiché talora il paziente non rientra in P.S. (perché ricoverato o allontanatosi spontaneamente);

Poiché in caso di inadempienza tutti i medici che non hanno stilato il referto diventano correi;

Si dispone che il medico di guardia che visita un paziente per primo, rilevato che corre l'obbligo di stilare il referto, immediatamente lo compili, prima di inviare il paziente in altre U.O. per consulenza o esami.

Referti "non obbligatori"

Con delibera n.168 del 4/9/2008 dell'Azienda Ospedaliera "S.Antonio Abate", esecutiva dal 17/9/2008, i referti medici non obbligatori sono stati posti a pagamento dell'utente, con tariffa di € 30.00.

Il referto medico è obbligatorio, alla luce dell'art.334 c.p.p. e art. 365 c.p., se si verifica una delle seguenti possibilità:

- prognosi uguale o superiore a 20 giorni
- prognosi riservata quoad vitam
- prognosi riservata quoad functionem
- infortuni sul lavoro
- autolesioni
- percosse

pertanto, i referti non previsti dalle condizioni di cui sopra vanno considerati non obbligatori e declassati a semplici certificati.

Poiché tali certificati non sono obbligatori, se l'utente li richiede deve corrispondere la quota stabilita dall'Azienda Sanitaria.

Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica

PCR_036: Linee guida disinfezione e verifica ambulanze.

Ogni mezzo di soccorso deve essere sempre pronto ad affrontare qualsiasi situazione si presenti durante lo svolgimento del servizio.

La cura dei dettagli, della sicurezza, della conformità delle attrezzature, dell'accoglienza del paziente su un mezzo pulito e disinfettato sono alla base di un trasporto sicuro e ben accettato dal paziente.

Autista Ambulanze: Compiti

1. L'AUTISTA DELL'AMBULANZA: LA FIGURA ED I SUOI COMPITI

Durante l'orario di servizio deve indossare l'abbigliamento specifico e rimanere in attesa di eventuali chiamate.

All'autista delle ambulanze sono affidati due cellulari che deve tenere sempre con se durante il servizio, curandone la ricarica e il mantenimento in perfetta efficienza.

Spetta a lui mantenere in efficienza il mezzo meccanico, verificandone lo stato mediante apposita check-list (scaricabile dai protocolli autisti).

Una volta che sia chiamato per un servizio deve:

1. identificare il percorso più idoneo per raggiungere il target (è l'Autista il responsabile del raggiungimento del target nel più breve tempo possibile, compatibilmente con il traffico e la situazione metereologica); l'Infermiere, in assenza di medico, assume il ruolo di team leader;
2. salire sull'ambulanza per ultimo, dopo aver controllato che tutte le porte siano chiuse, allacciarsi e far allacciare agli altri occupanti le cinture di sicurezza;
3. in urgenza/emergenza usare la sirena ed i farogiri (il Codice della Strada, Art. 177 comma 1, prevede che sirene e girevoli debbano essere usati congiuntamente, continuativamente –non ad intermittenza- e solo nei casi di urgenza e/o emergenza, sia di giorno che di notte); l'uso di segnali acustici luminosi non autorizza a disattendere il codice della strada e a non guidare in sicurezza;
4. indossare i presidi di protezione individuale, ove indicato;
5. collaborare con i sanitari nel trasporto del materiale (defibrillatore, zaino 118, barella);
6. collabora con l'Infermiere nel carico e scarico del paziente, senza abbandonare lo stesso, per consentire all'Infermiere di eseguire le pratiche di ricovero o di ottenere le informazioni presso altre strutture in cui avvenga il trasferimento del malato (ospedali, case di cura, ecc..), a seconda delle indicazioni del team leader;
7. collaborare con l'Infermiere ed il Medico, compatibilmente con le proprie conoscenze delle manovre di primo soccorso, nella pratica delle manovre di rianimazione sul paziente, qualora si rendesse necessario un suo intervento;

8. preparare il presidio più idoneo al trasporto del malato o quello indicato dai sanitari presenti (tavola spinale, barella a cucchiaio, sedia, ecc..);
9. collaborare al trasporto del paziente;
10. identificare il percorso più adatto al rientro in sede utilizzando i sistemi di allertamento, se necessario (rientro in sirena o meno);
11. collaborare al trasporto del paziente nel reparto di destinazione o al Pronto Soccorso;
12. collaborare per rendere operativo il mezzo al ritorno da ogni missione; ripristinare il materiale / barella utilizzati:
i. ripristinare la barella, lenzuola, telo, coperta e cuscino;
ii. ripulire l'abitacolo da sangue, vomito, liquidi, fango, ecc.;
iii. raccogliere e gettare materiale usato: garze, medicazioni, materiale monouso aperto;
iv. areare il vano sanitario;
13. in caso di trasporti a rischio infettivo eseguire la detersione e disinfezione del mezzo secondo le modalità previste (vedi protocollo specifico), se possibile farsi aiutare da un ausiliario, anche, dei servizi generali;

➢ Terminato il servizio, il mezzo deve essere rapidamente ripristinato, ossia essere disponibile con le caratteristiche descritte di ordine, pulizia e completezza.

➢ Se il mezzo non può essere reso disponibile in breve tempo (guasto, ecc..), esso non può proseguire nel servizio e deve essere aggiustato o sostituito. A tal fine andrà redatto apposito foglio viaggio e richiesta riparazione secondo modulistica in dotazione.

14. Negli **interventi su strada** (incidenti), eccezionali visto il mancato coinvolgimento dei mezzi dell'ospedale da parte del 118, l'Autista deve posizionare il mezzo a protezione della squadra, ovviamente con i girevoli in funzione ed il motore acceso, ed in modo da non intralciare gli altri mezzi di soccorso eventualmente presenti. Quindi, nel caso l'ambulanza fosse il primo mezzo a giungere sul luogo dell'incidente, è meglio posizionarsi prima dei mezzi incidentati, se invece ci fossero già altri mezzi di soccorso, sarà preferibile posizionarsi a fianco degli stessi oppure oltre l'incidente, in modo da non ostacolare l'arrivo di altri mezzi di soccorso, e comunque sempre in zona protetta. Inoltre, se necessario, l'Autista dovrà proteggere il personale sanitario in azione, mediante mezzi visivi (segnalazione, deviazione del traffico) fino all'arrivo delle autorità preposte.

15. In caso di **interventi in ambienti contaminati** (luoghi nei quali l'aria è stata resa nociva dall'inquinamento di elementi chimico-fisici, che ne hanno alterato la composizione), si provvederà ad avvisare la Centrale Operativa, che invierà sul luogo il personale qualificato, e ci si asterrà dall'intervenire se non certi della sicurezza della scena.

2. CONTROLLI

2.1 Eseguire la preparazione, l'alloggiamento e la verifica dell'attrezzatura e del materiale dell'ambulanza

L'ambulanza deve essere sempre pronta ad affrontare qualsiasi situazione che si presenti durante il servizio.
All'inizio di ogni turno (o, comunque, ad ogni cambio turno) è necessario:

- Controllare lo stato meccanico del mezzo (Check-list mezzo meccanico)
- Livello di benzina
- Stato di carica della batteria
- Impianto elettrico esterno (luci, frecce, lampeggianti, ecc..)
- Impianto elettrico interno (luci della cellula sanitaria)
- Integrità della carrozzeria
- Perfetto funzionamento di portiere, portelloni, agganci della barella, ecc..
- Presenza di eventuali segnalazione di anomalie (spie luminose e/o acustiche)

Necessità di segnalare i problemi riscontrati che non possono essere risolti immediatamente, utilizzando apposita modulistica e firma leggibile.

2.2 Identificare le situazioni a rischio infettivo

trasporti a rischio infettivo
– trasporto di soggetti con perdita di sangue
– presenza, nella cellula sanitaria, di liquidi organici
– sospetto di malattie infettive

Sono ad ALTO RISCHIO INFETTIVO

Sangue, Feci, Saliva, Liquido cerebro-spinale (liquor), Sperma, Secrezioni vaginali, Altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità evidente.

Sono a BASSO o NULLO RISCHIO:

Secrezioni nasali, Sudore, Lacrime, Vomito
Altri liquidi biologici (liquido amniotico, peritoneale, pleurico, pericardico e sinoviale, urine) sono normalmente sterili, ma in certe patologie (ad es. urine in caso di infezione urinaria, liquido pleurico in presenza di tbc, ecc..) possono essere ad alto rischio infettivo.

Ogni utente trasportato è da considerarsi a potenziale rischio infettivo .

Il rischio infettivo per i soccorritori è uno dei più importanti rischi professionali.

Per tale motivo, le MISURE DI PREVENZIONE devono sempre essere adottate nei confronti dei materiali biologici: sangue, feci, urine, espettorato, saliva, sudore, vomito.

USARE MISURE DI BARRIERA: guanti. Quando si prevedono schizzi di sangue o altri liquidi utilizzare anche mascherine, occhiali, tute.

Le PRECAUZIONI UNIVERSALI per la protezione del personale includono: il buon senso (primo presidio!), l'uso dei mezzi barriera (guanti e mascherine) ed il corretto lavaggio delle mani (vedi allegato, per la tecnica di lavaggio).

L'operatore deve essere in grado di riconoscere il reale rischio infettivo legato ad ogni singolo servizio. La ***tabella 1***, presentata nell'appendice, sintetizza le vie di trasmissione e le misure di prevenzione essenziali delle principali malattie infettive.

3. MANTENERE IN EFFICIENZA L'AMBULANZA DOPO AVER ESPLETATO UN SERVIZIO

a. Attività da compiere per essere operativi subito dopo l'arrivo a destinazione.
Utilizzando guanti nuovi collaborare nel:

1. ripristinare la barella, lenzuola, telo, coperta e cuscino
2. ripulire l'abitacolo da sangue, vomito, liquidi, fango, ecc.
3. raccogliere e gettare materiale usato: garze, medicazioni, materiale monouso aperto
4. areare il vano sanitario

b. Smaltimento dei rifiuti

Rifiuti potenzialmente infetti: tutto ciò che è entrato in contatto con i liquidi biologici del paziente (guanti sporchi di liquidi biologici, maschere ossigeno, sondini,
cannule, garze, bende, ecc..) vanno smaltiti come rifiuti ospedalieri infetti

Rifiuti non infetti: ad esempio materiale monouso aperto ma non utilizzato, guanti non sporchi di materiale biologico, fogli di annotazione, rifiuti vari (cartacce, lattine..) vanno smaltiti come rifiuti ordinari, quindi eliminati normalmente

4. ESEGUIRE IL RIORDINO E LA DETERSIONE DELLA CELLULA SANITARIA

Si ritiene opportuno descrivere i termini di principale uso nel punto:

- **Detersione** Pulizia dallo sporco grossolano e dalla polvere, utilizzando acqua e detergenti (anionici)
- **Disinfezione** Eliminazione di tutti i microrganismi patogeni (virus, batteri, ecc..). Si effettua con ipoclorito di sodio (varechina, candeggina, antisapril diluito), evitando il contatto con la pelle (guanti) e con acqua fredda (per evitare vapori tossici)
- **Sterilizzazione** Eliminazione di tutti i microrganismi (patogeni e non patogeni)

a. **Detersione e disinfezione della cellula sanitaria**

Materiali:

· guanti in gomma;
· scopa in nylon;
· sistema MOP (2 secchi di colore diverso uno per soluzione detergente e uno per acqua pulita);
· 1 panno in TNT o spugna preferibilmente monouso;
· detergente disinfettante;

Modalità di pulizia dell'ambulanza:

I. allestire i due secchi del MOP, uno con acqua pulita e l'altro con acqua più detergente disinfettante;
II. indossare i guanti in gomma;
III. rimuovere la biancheria sporca (sostituire lenzuola e federe dopo ogni intervento), raccogliere e gettare negli appositi contenitori di rifiuti il materiale utilizzato (garze, medicazioni, confezioni sterile aperte e non usate);
IV. con panno o spugna imbevuta di soluzione detergente lavare il materassino, il cuscino della barella, tutte le suppellettili, le superfici interne e le attrezzature dell'ambulanza (risciacquando frequentemente la spugna nell'acqua pulita);
V. eseguire disinfezione di tutte le attrezzature (barelle, sedie, steccobende, collari, teli, ecc..), mediante panno o spugna imbevuta di soluzione disinfettante e lasciare agire per 10-20 minuti; utilizzare spazzolini per frizionare e pulire le parti meno accessibili;
VI. passare il panno lavasciuga per sciacquare ed asciugare le superfici trattate;
VII. eseguire detersione del pavimento; areare il mezzo;

VIII. vuotare l'acqua dai 2 secchi, lavarli ed asciugarli; disinfettare frange del MOP in soluzione al cloro e lavarle;

IX. detergere le spugne ed i panni multiuso e disinfettarli mediante immersione in soluzione a base di cloro per almeno 30 minuti; se possibile, usare spugne e stracci monouso;

X. lavarsi accuratamente ed abbondantemente le mani dopo qualsiasi servizio;

XI. cambiarsi se gli indumenti sono sporchi; se possibile, utilizzare camici monouso

Attenzione:

– in caso di superfici visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito, ecc..) si deve procedere alla decontaminazione:

- indossare guanti e mascherina di protezione;
- utilizzare candeggina pura, lasciandola agire 15 minuti ed asportare con panno monouso tutti i residui;

– le soluzioni a base di cloro, se usate frequentemente, possono provocare corrosione di oggetti e superfici metalliche, pertanto, dopo la disinfezione, occorre rimuovere i residui del prodotto dalle superfici.

QUANDO EFFETTUARE DISINFEZIONE DELLA CELLULA SANITARIA?

1) Dopo un trasporto a rischio infettivo

2) Periodicamente almeno una volta ogni 30 giorni

La documentazione dell'avvenuta disinfezione deve essere conservata insieme a quella dell'ambulanza. Opportuno stilare un foglio viaggio a km 0 ove il disinfettore certifica quanto fatto.

b. Detersione e disinfezione del materiale sanitario non monouso

Il materiale sanitario non monouso (stecche, tavola spinale, cintura per barelle, aspiratore, ecc..) deve essere prima pulito da tutte le tracce di materiale organico, lavandolo con detergente anionico a bassa schiumosità e, successivamente, sottoposto a disinfezione. I materiali che vengono a contatto con cute intatta richiedono una disinfezione di basso livello (sali di ammonio quaternario; vedi tabella 2 e tabella 3). Il materiale, invece, che viene a contatto con materiale potenzialmente infettivi richiede una disinfezione di alto livello (composti del cloro).

Se sul materiale è presente sangue in quantità rilevanti, è necessario provvedere ad una iniziale disinfezione, prima della detersione, mediante cloro

attivo ad una diluizione dello 0,5% (candeggina pura), utilizzando acqua fredda o tiepida (non calda, per evitare vapori tossici).

La disinfezione si effettua, preferibilmente, per immersione; nel caso in cui non fosse possibile, è necessario mantenere le superficie bagnate per un tempo sufficiente (10-20 minuti), risciacquando poi abbondantemente. I contenitori utilizzati per detersione e disinfezione devono essere riservati a questi scopi e devono essere essi stessi disinfettati dopo ogni utilizzo.

RICORDA: prima detersione (lavaggio), poi disinfezione! Sempre!

Al termine delle operazioni, gli oggetti devono essere lavati abbondantemente.

I composti del cloro sono a basso costo, facili da usare ed efficaci (su batteri, virus, miceti..), l'unico inconveniente è dato dall'azione corrosiva sui metalli e sulla veloce deteriorabilità della soluzione.

I ***materiali metallici*** che non possono essere messi a contatto con composti del cloro devono essere detersi (con accurata spazzolatura) e disinfettati, sempre mediante immersione, con altri prodotti, quali i sali di ammonio quaternario (cloruro di benzalconio), utilizzando, in questo caso, acqua calda, per aumentarne l'efficacia). Anche nel caso delle barelle in metallo è possibile utilizzare sali di ammonio quaternario che, però, ha uno spettro di azione più ridotto.

COSA FARE IN CASO DI GUASTO DELL'AMBULANZA?

1. Il problema viene identificato dall'Autista di turno;
2. lo stesso Autista comunicherà la tipologia e l'entità del danno stilando apposita modulistica e comunicherà il fermo tecnico alla Caposala e/o al Direttore dell'U.O., immediatamente in caso di blocco del servizio, ovvero lasciando consegna di avvertire alla prima presenza in servizio degli stessi;

APPENDICE

(allegato1) infezioni

Vengono riassunte alcune nozioni fondamentali circa le malattie infettive e le modalità di diffusione e prevenzione delle stesse.

Epidemiologia delle malattie infettive

Le fonti di infezione più importanti sono l'uomo e l'animale. Possiamo distinguere:

Portatore sano: è l'individuo che ospita nel suo organismo il microrganismo patogeno senza avere segni di malattia una delle fonti più pericolose, perchè non avendo sintomi è molto difficile da individuare)

Portatore precoce: è l'individuo nel periodo che intercorre tra il contagio e la comparsa della malattia (incubazione della malattia)
Portatore ammalato: è l'individuo durante la malattia (fonte pericolosa di contagio, ma facilmente individuabile)
Portatore convalescente: è l'individuo clinicamente guarito, ma che continua ad eliminare i microrganismi patogeni
Portatore cronico: l'individuo guarisce, ma accade talora che continui ad eliminare i microrganismi patogeni, anche per tutta la vita.
Vie di eliminazione dei microrganismi: respiratoria, intestinale, urinaria, cutanea, ematica.
Vie di penetrazione dei microrganismi: respiratoria, digerente, genito-urinaria, cutanea.

Modalità di trasmissione delle malattie infettive

Trasmissione diretta: avviene per contatto diretto. Tramite, cioè, baci, morsi, rapporti sessuali, strette di mano, o per la diffusione diretta di goccioline di Fugge alle mucose di cavo orale, nasale o congiuntivele, come si verifica con il parlare, tossire, starnutire, cantare.
FONTE OGGETTO
Trasmissione indiretta: avviene per l'intervento di uno o più veicoli o vettori.
FONTE VEICOLO / VETTORE OGGETTO
Veicoli e vettori: se il microrganismo patogeno sopravvive nell'ambiente al di fuori dell'organismo umano, può essere trasferito dalla fonte all'oggetto di infezione mediante mezzi animati od inanimati
· Veicoli: aria, suolo, acqua, alimenti, le mosche, le mani; particolare importanza in ambito sanitario assumono: pavimenti, mobili, tavoli, biancheria ed effetti letterecci, rifiuti sanitari, liquidi biologici.
· Vettori: sono in genere insetti (zanzare, pidocchi, zecche,…) in cui si compie una fase del ciclo biologico dell'agente infettante; i vettori sono, quindi, una fase di passaggio obbligato della catena epidemiologica.

Profilassi delle malattie infettive

Distinguiamo:
· profilassi indiretta: mira al miglioramento delle condizioni di vita dell'uomo, allo scopo di limitare il rischio delle infezioni ed infestazioni (igiene del suolo, degli alimenti, smaltimento rifiuti, ecc..);

· profilassi diretta: è l'insieme dei provvedimenti che si adottano in caso di malattia infettiva, al fine di evitarne la propagazione (denuncia, isolamento, DISINFEZIONE, disinfestazione, ecc..);
· profilassi specifica: è rivolta contro le malattie infettive contagiose e non contagiose; mira a fornire all'organismo uno stato di protezione, più o meno duraturo (immunoprofilassi attiva e passiva, chemioprofilassi).

(allegato2)

LA TECNICA DI LAVAGGIO DELLE MANI

• con **sapone semplice**: rimozione meccanica della flora batterica superficiale
• con **sapone antisettico** (a base di clorexidina, composti dell'ammonio quaternario, etc.):
rimozione della flora batterica profonda
– bagnare le mani con acqua corrente
– applicare il sapone liquido nel cavo delle mani bagnate (Neoxidina 4% mani, Betadine chirurgico..)
– insaponare bene e frizionare vigorosamente (per almeno 2 minuti nella disinfezione chirurgica delle mani, 1 minuto in quella igienica)
– sciacquare abbondantemente con acqua e lasciare il rubinetto aperto
– asciugare con carta a perdere
– chiudere il rubinetto con un tovagliolo di carta a perdere (in alternativa, uso di rubinetti a leva chirurgica o dotati di comando non manuale – es. pedale

Tabella 1.		
Via di trasmissione **AEREA** ***Igiene*** Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie ***Vaccini*** TBC/meningite meningococcica ***Profilassi post-esposizione***	***Batteri*** Meningite da meningococco TBC ***Virus*** Morbillo Varicella Parotite Rosolia Influenza Salmonella Gastroenteriti ***Virus*** Epatite A Poliomelite ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti	Disinfettare superficie sporche di sangue ***Vaccini*** Epatite B (HBV) ***Profilassi post-esposizione*** HIV **PER CONTATTO** ***Batteri*** Tetano ***Ectoparassiti*** Scabbia Pidocchi ***Virus*** Verruche ***Igiene*** Lavarsi bene le mani

Meningite meningococcica **OROFECALE** ***Batteri***	Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti ***Vaccini*** Epatite A **PARENTERALE** ***Virus*** Epatite B/ Epatite C HIV / AIDS ***Igiene*** Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare "schizzi"	Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) ***Vaccini*** Tetano **PATOLOGIE PREVENZIONE**
Via di trasmissione **AEREA** ***Batteri*** Meningite da meningococco TBC ***Virus*** Morbillo Varicella Parotite Rosolia Influenza ***Igiene*** Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie ***Vaccini***	Salmonella Gastroenteriti ***Virus*** Epatite A Poliomelite ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti ***Vaccini*** Epatite A **PARENTERALE** ***Virus*** Epatite B Epatite C HIV / AIDS ***Igiene*** Usare guanti in presenza di sangue	Disinfettare superficie sporche di sangue ***Vaccini*** Epatite B (HBV) ***Profilassi post-esposizione*** HIV **PER CONTATTO** ***Batteri*** Tetano ***Ectoparassiti*** Scabbia Pidocchi ***Virus*** Verruche ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto)

TBC/meningite meningococcica ***Profilassi post-esposizione*** Meningite meningococcica **OROFECALE** ***Batteri***	Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare "schizzi"	Usare camici (se contatto diretto stretto) ***Vaccini*** Tetano **PATOLOGIE** **PREVENZIONE**
Via di trasmissione **AEREA** ***Batteri*** Meningite da meningococco TBC ***Virus*** Morbillo Varicella Parotite Rosolia Influenza ***Igiene*** Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie ***Vaccini*** TBC/meningite meningococcica ***Profilassi post-esposizione*** Meningite meningococcica **OROFECALE** ***Batteri***	Salmonella Gastroenteriti ***Virus*** Epatite A Poliomelite ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti ***Vaccini*** Epatite A **PARENTERALE** ***Virus*** Epatite B Epatite C HIV / AIDS ***Igiene*** Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare "schizzi"	Disinfettare superficie sporche di sangue ***Vaccini*** Epatite B (HBV) ***Profilassi post-esposizione*** HIV **PER CONTATTO** ***Batteri*** Tetano ***Ectoparassiti*** Scabbia Pidocchi ***Virus*** Verruche ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) ***Vaccini*** Tetano **PATOLOGIE** **PREVENZIONE**
Via di trasmissione	Salmonella	Disinfettare superficie

AEREA ***Batteri*** Meningite da meningococco TBC ***Virus*** Morbillo Varicella Parotite Rosolia Influenza ***Igiene*** Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie ***Vaccini*** TBC/meningite meningococcica ***Profilassi post-esposizione*** Meningite meningococcica **OROFECALE** ***Batteri***	Gastroenteriti ***Virus*** Epatite A Poliomelite ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti ***Vaccini*** Epatite A **PARENTERALE** ***Virus*** Epatite B Epatite C HIV / AIDS ***Igiene*** Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare "schizzi"	sporche di sangue ***Vaccini*** Epatite B (HBV) ***Profilassi post-esposizione*** HIV **PER CONTATTO** ***Batteri*** Tetano ***Ectoparassiti*** Scabbia Pidocchi ***Virus*** Verruche ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) ***Vaccini*** Tetano **PATOLOGIE PREVENZIONE**
Via di trasmissione **AEREA** ***Batteri*** Meningite da meningococco TBC ***Virus*** Morbillo Varicella Parotite Rosolia	Salmonella Gastroenteriti ***Virus*** Epatite A Poliomelite ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti	Disinfettare superficie sporche di sangue ***Vaccini*** Epatite B (HBV) ***Profilassi post-esposizione*** HIV **PER CONTATTO** ***Batteri*** Tetano ***Ectoparassiti***

Influenza ***Igiene*** Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie ***Vaccini*** TBC/meningite meningococcica ***Profilassi post-esposizione*** Meningite meningococcica **OROFECALE** ***Batteri***	a contatto con le feci dei pazienti ***Vaccini*** Epatite A **PARENTERALE** ***Virus*** Epatite B Epatite C HIV / AIDS ***Igiene*** Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare "schizzi"	Scabbia Pidocchi ***Virus*** Verruche ***Igiene*** Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) ***Vaccini*** Tetano **PATOLOGIE** **PREVENZIONE**

Tabella 2. Disinfezione utilizzando prodotti a base di cloro (economici ed efficaci)

Concentrazione di Cloro attivo nella candeggina commerciale	**Disinfezione a basso livello (0,1% di cloro attivo)**			**Disinfezione ad alto livello (0,5% di cloro attivo)**		
0,5%	Volumi di Candeggina	Vol. di H2O2	Volume Totale	Volumi di Candeggina	Vol. di H2O2	Volume Totale
	1	*4*	*5*	*1*	*0*	*1*

Tabella 3. Caratteristiche disinfettanti

DISINFETTANTE	**LIVELLO DI EFFICACIA**	**TOSSICITA'**	**CORROSIONE METALLI**
H_2O_2	3%	basso	bassa
H_2O_2	40%	alto	media
Alcool Etilico 70%	intermedio	media	molto corrosivo
Formaldeide	alto	molto elevata	corrosivo
Glutaraldeide	alto	elevata	poco corrosivo
Composti del cloro	intermedio	elevata	molto corrosivo

Tintura di iodio	intermedio	massima	molto corrosivo
Iodofori	intermedio – basso	media	
Fenoli	intermedio – basso	molto elevata	
Ammonio Quat.	intermedio – basso	media	corrosivo
Clorexidina	Intermedio	media	corrosivo

PCR_038: Rapporti con il PTE,PPI, Ambulatorio infermieristico territoriale.

Con la presente si trasmettono in allegato le prestazioni rese dall'ambulatorio infermieristico presso il PTE di Trapani.

Nell'invio a tale ambulatorio si prega attenersi alle prestazioni eseguite!

Si allega, anche, la modulistica per l'accesso alle prestazioni (da fornire in copia al paziente) che deve essere compilato dal curante o dal PPI all'atto della sua apertura.

Si invita tutti a trasmettere informazioni corrette onde evitare problemi con l'utenza.

Dall'1/3/2011 aprirà il P.P.I. (Punto di Primo Intervento) che dovrà occuparsi a regime dei codici bianchi.

Il P.P.I. è aperto dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 10 del sabato.

Ieri, alle ore 16.00, si è tenuto un incontro nel quale è stato stabilito di inviare, in prima battuta, le seguenti problematiche **purché codificati codice bianco**:

1. Dermatologica
2. ORL
3. Oculistica
4. odontoiatrica
5. Urologica
6. Gastroenterologica
7. Febbrile
8. Problematiche inerenti il diabete
9. Emicranica
10. Traumatologia risalente a più di 24 ore (purchè deambulante)

Dall'1/3/2010, il triagista, codificata codice bianco la prestazione richiesta dal paziente, nelle ore di apertura del PPI, **deve** inviarlo, se rientra fra le prestazioni sopra previste, con la scheda di triage, all'ambulatorio del P.P.I., sito al termine della via Europa, all'interno della Cittadella della Salute.

Nelle note della scheda di triage dovrà essere scritto "si invia al PPI per competenza".

Tale nota, pertanto, dovrà essere scritta prima della stampa.

Si allega la normativa di istituzione del P.P.I. che, come potete leggere, obbliga il cittadino a rivolgersi a tale struttura per prestazioni di bassa e media urgenza.

Si tratta quindi non di una scelta del triagista, ma di un obbligo.

Per opportuna conoscenza, presso il PPI esiste un medico che ha la possibilità di inviare agli ambulatori specialistici del PTE i pazienti, attribuendogli priorità e potrà, inoltre, inviarlo agli ambulatori ospedalieri, secondo accordi che dovranno intercorrere fra Direzione Sanitaria di Presidio e Direzione del PTE.

Presso il P.T.E., in atto, **non è presente il pediatra**, pertanto per i pazienti di età < 14 anni, esclusivamente per le prestazioni della pediatria, resta tutto invariato.

Si comunica, inoltre, che è stata istituita una commissione per valutare i risultati raggiunti e le problematiche emergenti.

Fanno parte di tale commissione, oltre allo scrivente, la dott. Pollina e la dott.ssa Cucchiara (una delle due deve essere presente ad ogni riunione) ed in rappresentanza degli infermieri la Capo Sala o persona da Lei delegata a cui dovete rivolgervi per eventuali problemi.

PCR_039: Infermiere Responsabile del Turno.

Infermiere Responsabile del turno

Generalità

Al fine di garantire la catena del comando, anche a livello infermieristico, e di sapere chi deve fare alcune operazioni che implicano a cascata problemi

assistenziali e d'immagine si individua una nuova figura: l'infermiere responsabile del turno.

Questa figura sarà responsabile della squadra infermieristica ed ausiliaria durante l'orario di lavoro, in assenza del Capo Sala dalle sale visita.

L'attribuzione di tale qualifica avverrà attraverso un percorso interno che prevede l'acquisizione del massimo punteggio durante l'anno precedente ed un esame che consisterà nel dimostrare di conosce perfettamente i protocolli vigenti e di saperli correttamente applicare.

Il responsabile del turno dovrà o potrà delegare proprie funzioni ad altri infermieri del proprio turno, restando, però, titolare della piena responsabilità degli atti a lui affidati ed eventualmente da lui delegati.

Ricoprire tale compito, quindi, non significa che il responsabile del turno deve fare, ma implica che deve essere in grado di riconoscere le capacità/debolezze del personale della propria squadra e quindi sfruttarle al fine di ridurre al minimo le problematiche che potrebbero emergere.

I risultati attesi sono quelli di una riduzione delle lamentele, una migliore relazione fra le varie figure professionali che devono lavorare in sinergia, una migliore organizzazione ovvero una crescita dell'immagine di questo servizio di MCAU.

Il responsabile del turno dovrà interfacciarsi con la Capo Sala ed eventualmente col Direttore dell'U.O. al fine di segnalare eventuali debolezze e quindi suggerire eventuali modifiche nella turnazione o nell'assegnazione del personale ai vari servizi.

Sicuramente non tutto il personale infermieristico ha questa vision e non è detto che il personale individuato sia in grado di dimostrare tali capacità, pertanto, annualmente, si provvederà ad una revisione dell'assegnazione dell'incarico secondo le procedure appresso riportate.

Affidamento dell'incarico

L'infermiere Professionale che voglia svolgere la mansione di responsabile del turno dovrà farne richiesta, anche verbale, alla Capo Sala che provvederà a stilare un elenco fra coloro che si propongono al fine di segnalarli.

Per potersi proporre è necessario avere il massimo nella valutazione annuale o, al massimo, una riduzione di 2 punti complessivi rispetto al massimo.

Per svolgere tale compito è necessario superare apposito colloquio.

Il colloquio sarà tenuto alla presenza di Direttore, Capo Sala, un infermiere scelto, dagli infermieri, tra coloro che prestano servizio in Pronto Soccorso da

almeno 5 anni. Dovrà essere previsto supplente, che sostituirà il titolare se questo è fra gli esaminandi.

La scelta dei due infermieri avverrà per elezione, il titolare sarà colui che riceverà più scelte, il supplente il secondo. A parità di voti risulterà eletto colui che avrà la migliore valutazione nell'anno precedente, a parità di valutazione l'anzianità di servizio in P.S., a parità l'anzianità di servizio, ad ulteriore parità di punteggio il più anziano.

Nel giorno fissato per il colloquio, ogni infermiere sorteggerà 3 domande sulle 200 possibili. L'elenco delle domande verrà comunicato 3 giorni prima del colloquio, a tutti i candidati.

L'Infermiere responsabile di turno dovrà ripetere il colloquio ogni 2 anni.

Compiti

Compilazione della Check List, ogni mattina, esecuzione della farmacia con ripristino del materiale mancante ogni mattina, segnalazione sul programma informatico di quanto scaricato, controllo delle attrezzature ad ogni inizio turno, segnalazione di problemi alle attrezzature o sul personale in materia di risk management, segnalando, anche in forma anonima le problematiche verificatesi o i near misses ai responsabili del risk management.

Ulteriore funzione il tutoraggio di infermieri e personale ausiliario di nuova assegnazione al Pronto Soccorso.

Decadenza

Nel caso di

1. valutazione annuale con punteggio inferiore a 2 punti sulla valutazione massima,
2. manifesta incapacità di gestione della squadra
3. sfiducia espressa da 2/3 della squadra

l'infermiere responsabile di turno decade da tale funzione.

Premio

Il personale infermieristico responsabile del turno verrà assegnato alla parte alta dell'incentivazione, nel rispetto delle regole vigenti.

Valutazione del personale

Al fine di rendere omogenea, trasparente e ridurre al minimo la soggettività della valutazione del personale infermieristico si considereranno specificatamente i seguenti punti:

Responsabile di turno

1) Check list compilate correttamente
2) Scarico della farmacia sul programma informatico
3) Segnalazione tempestiva delle problematiche alle attrezzature e near misses
4) Capacità di superare problematiche che si dovessero presentare o suggerimenti per il miglior andamento del reparto

Per il personale addetto al triage

1) N° di triage eseguiti e scostamento dalle medie
2) Codici di triage eseguiti e scostamento dalle medie
3) Problemi al triage (codice evidentemente difforme rispetto alle regole)
4) Corretta e completa compilazione della scheda anagrafica con particolare riferimento a numero di telefono, codice fiscale, medico curante, stato civile, segnalazione di chi fornisce i dati del paziente, grado di istruzione (appena inserito)
5) Rivalutazione del paziente
6) Scheda infermieristica al triage

Tutti gli I.P. del Pronto Soccorso

1) Numero di schede infermieristiche redatte
2) Carico di lavoro
3) Disponibilità al cambio turno su richiesta della Capo Sala
4) Disponibilità alle sostituzioni in emergenza di colleghi assenti
5) Puntualità al cambio turno
6) Partecipazione a incontri
7) Corsi di aggiornamento

Accettazione Sanitaria

1) Carico di lavoro
2) Capacità organizzativa
3) Puntualità ai cambio turno
4) Risoluzione di conflitti

Premio

La valutazione rispetterà esattamente i dati ottenuti dalla valutazione soprastante.

Lo scostamento dalla media del 10% deve essere considerata normale.

Scostamenti dalle medie superiori determineranno la perdita di 1 punto ogni 5% di scostamento, nella voce prevista.

Una simulazione verrà eseguita in occasione della lezione sulla valutazione dell'Infermiere (prossimo incontro).

PCR_041: Prevenzione delle cadute e paziente fragile.

1 Scopo e campo di applicazione

1.1 Premessa

Secondo l'OMS "*le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita*".

Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi. Vi è una grande attenzione al tema in oggetto da parte dei più autorevoli organismi internazionali anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con particolare riferimento alla sicurezza delle cure/gestione del rischio.

• A livello nazionale il problema cadute delle persone assistite è stato oggetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute nell'ambito del Programma Rischio Clinico del Dipartimento della Qualità e attualmente viene previsto nella Lista degli eventi sentinella prioritari come "Morte o grave danno per caduta di paziente" del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Dipartimento della qualità dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, definito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

1.2 paziente fragile

Deve essere considerato fragile il paziente che

1.3 Le dimensioni del fenomeno presso l'MCAU di Trapani

Il fenomeno "paziente che cade" era ed è un fenomeno assolutamente eccezionale presso l'MCAU di Trapani; molto più frequente l'accompagnatore che cade.

Il problema caduta diviene cogente poichè da 6 mesi circa, presso l'MCAU di Trapani, si è utilizzato un locale per tenere sotto osservazione i pazienti che necessitano di tempi lunghi (fino a 12 ore) per la definizione del quadro clinico e quindi decidere se ricoverarli o dimetterli.

La presenza di tale locale determina un aumento del rischio clinico legato alle cadute poiché è evidente che aumentando il periodo di osservazione aumenta il tempo in cui il paziente staziona nei locali del P.S. e di conseguenza aumenta il rischio.

2 Classificazione

Le cadute possono essere classificate come:

- Cadute accidentali: quando la persona cade involontariamente (per esempio scivolando sul pavimento bagnato)
- Fisiologiche imprevedibili: quando sono determinate da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per esempio a causa di una frattura patologica del femore)
- Fisiologiche prevedibili: quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute fisiologiche prevedibili.

Fino ad oggi il maggior numero di cadute in P.S. è stato legato ad episodi vagali (75%) legati all'impressione di osservare manovre cruente su familiari ovvero pazienti con alterazione del sensorio conseguente ad abuso (25%) che nel tentativo di mettersi in piedi crollavano a terra.

3 Fattori di rischio

L'apertura dell'OBI determinerà una profonda modificazione del rischio, infatti, dal problema Pronto Soccorso, in cui il rischio è prevedibile e per cui era stato emanato apposito protocollo per evitare che parenti osservassero manovre cruente su congiunti ed in cui il fenomeno era abbastanza prevedibile a seguito della comparsa di sudorazione, pallore e quindi tentativo di caduta controllata, si è passati ad un rischio simile a quello di tutti i reparti di degenza.

L'OMS ha classificato oltre 400 fattori di rischio suddivisi in :

A. fattori intrinseci al paziente

B. fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

Fra gli anziani ricoverati in strutture sanitarie sono fattori di rischio intrinseci:

- Precedenti cadute
- Deficit dell'udito e della vista
- Deambulazione instabile
- Problemi muscolo-scheletrici (atrofia muscolare, calcificazioni tendinee, osteoporosi…)
- Deficit cognitivi
- Stato confusionale, disorientamento, deficit della memoria, delirio
- Precedenti ictus
- Patologie acute (in particolare con sintomi quali ipotensione ortostatica e febbre)
- Patologie croniche (quali artrite , cataratta, demenza, diabete)

Sono considerati fattori di rischio estrinseci:

- Caratteristiche dell'ambiente (struttura fisica del bagno, caratteristiche del mobilio, cattive condizioni del pavimento, scarsa illuminazione)
- Calzature
- Ricorso ad ausili per la contenzione
- Cattivo utilizzo di ausili per la deambulazione
- Uso di tranquillanti ed effetti collaterali da farmaci.

Lo screening del rischio consente l'identificazione delle persone a rischio di caduta, gli strumenti adottati devono però essere adeguati al contesto e alla popolazione.

I fattori di rischio comuni in ospedale sono :

-cadute precedenti

-andatura instabile

-confusione mentale

-frequenza urinaria

-terapia farmacologia (ad es. sedativi o ipnotici)

In tutti i pazienti siamo tenuti a riconoscere i fattori di rischio.

4 Interventi

4.1 Interventi multifattoriali

- educazione dell'anziano e di chi lo assiste sui rischi di caduta, sulla sicurezza e sulla limitazione delle attività;
- orientamento nella zona letto, nei servizi del reparto e su come utilizzare il campanello per chiedere assistenza;
- insegnamento della corretta postura e della lentezza nel passare da una posizione all'altra;
- adozione di programmi educativi per i nuovi pazienti e per quelli ad alto rischio;
- informazioni sulle conseguenze di una caduta;
- interventi in caso di incapacità a rialzarsi;
- primo soccorso;

PCR 042: Identificazione Paziente.

- Visto che spesso i pazienti forniscono dati anagrafici errati, con conseguente errore nel calcolo del codice fiscale e nell'identificazione del paziente
- Poiché il numero di ricoveri con dati anagrafici errati è significativo (>€500.000/00, di DRG non riscontrati con codici fiscali di persone fisiche, nel 1' trimestre 2011)
- Poiché esistono responsabilità dirette legate al reato di "danno patrimoniale" sia per lo scrivente che per colui che non controlla la correttezza dei dati anagrafici
- Al fine di evitare il ripetersi di questi eventi

Si dispone

Facendo seguito alla riunione avuta con il Direttore Sanitario che:

- Se il paziente ha la tessera sanitaria, il codice fiscale (in originale) o documento di riconoscimento, nella cartella clinica di ogni ricoverato deve essere presente copia di uno di tali documenti.
- Chi redige il ricovero deve eseguire tale copia attraverso gli scanner presenti in ufficio (risponde il medico firmatario o l'Ufficio Accettazione Sanitaria).

Per opportuna conoscenza:

I reparti invieranno, giornalmente le copie di tali documenti, di tutti i pazienti ricoverati.

L' Accettazione Amministrativa controllerà l'invio dei documenti e la congruità dei dati.

Identificazione del paziente in Pronto Soccorso

1) Scopo

Una prestazione di qualità implica che tutto il percorso assistenziale del paziente venga garantito in tutti i passaggi.

Uno dei punti sensibili del percorso del paziente è legato alla sua identificazione e quindi ai dati sensibili del paziente (storia clinica, altri accessi, esami, ecc…).

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale del paziente in MCAU e possono riguardare sia pazienti sedati o disorientati sia pazienti vigili.

L'obiettivo di questo protocollo è quello di identificare un individuo in modo attendibile, in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento.

È necessario migliorare il processo di identificazione del paziente a partire dall'apertura della scheda di triage, per l'esecuzione di terapie o procedure, per definire l'esito del caso clinico.

L'identificazione del paziente prevede diverse modalità: dati anagrafici forniti dal paziente, documento di riconoscimento, tessera sanitaria, codice fiscale.

Il numero di scheda di triage, la stanza, il letto o il reparto del paziente non possono essere utilizzati in quanto non sono affidabili.

2) Campo di applicazione

Il protocollo si applica, relativamente all'identificazione del paziente, nei seguenti casi:

- Apertura della scheda di triage
- Chiamata del paziente in sala visita
- Somministrazione di farmaci,
- Prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici,
- Esecuzione di altre terapie o procedure
- Trasporto del paziente in altre U.O. o suo rientro in Pronto Soccorso
- Ricovero

Per la somministrazione di sangue ed emoderivati si rimanda all'apposito protocollo.

3) Destinatari

Tutto il personale dell'MCAU, per quanto di propria competenza, deve applicare il protocollo onde evitare scambio di paziente.

4) La corretta identificazione del paziente

Tutto il personale sanitario e di supporto che si trova coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni individuali al paziente deve effettuare la corretta identificazione dello stesso.

La modalità corretta di identificazione del paziente prevede alcuni passaggi:

1. Verifica verbale: l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la data di nascita. (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?");

la domanda dell'operatore non deve suggerire la risposta (es. "Lei è il Signor Verdi, nato il 03/04/1963 ?");

2. Confronto tra i punti sopra riportati e la documentazione relativa alla prestazione in atto.

L'identificazione deve essere eseguita dallo stesso operatore **immediatamente prima di svolgere le procedure e i trattamenti sopracitati**.

Tale sistema prevede un'eccezione inerente l'ingresso del paziente in sala visita.

Il paziente che è stato triagiato deve essere istruito circa la posizione in lista d'attesa che è rapportata al codice di triage attribuito ed al numero di scheda fornito dal computer, ciò al fine di garantire la privaty sui dati anagrafici.

Sempre al fine di garantire la privaty, il paziente sarà chiamato in sala per numero di scheda di triage.

Quando il paziente entra in sala, chi si appresta a prestare la propria opera chiederà che gli vengano forniti i dati anagrafici e controllerà la correttezza degli stessi rispetto alla scheda di triage.

5) Responsabilità

Tutti gli operatori che partecipano al processo di diagnosi, di cura e di assistenza del paziente sono responsabili dell'applicazione dei comportamenti definiti dal protocollo.

6) Indicatore

Al fine di poter controllare l'efficacia del presente protocollo è necessario rapportare la percentuale corretta di identificazioni.

L'indicatore,quindi, è rappresentato dalle corrette verifiche del paziente prima della somministrazione dei farmaci, sangue ed emocomponenti, del prelievo di sangue e altri campioni biologici, dell'esecuzione di terapie o procedure.

Per conteggiare la percentuale pertanto è necessario porre a:

Numeratore: Numero di identificazioni effettuate correttamente.

Denominatore: Numero totale di opportunità di identificazione.

Il monitoraggio verrà eseguito semestralmente, con prima verifica a Gennaio 2012.

6) Riferimenti normativi e bibliografici

- Joint Commission International. Gli standard Joint Commission International per l'accreditamento
degli ospedali.

PCR_044: Consulenze Altri Nosocomi.

Quando si invia un paziente in altro nosocomio è necessario seguire alcune regole:

1. Contattare il reparto a cui si chiede il trasferimento/consulenza/esame
2. Nel caso di consulenza neurochirurgica utilizzare l'apposito programma

3. nel caso di trasferimento allegare relazione, esami e documentazione di quanto eseguito (in originale) conservandone una copia nel fascicolo relativo all'accesso del paziente
4. nel caso di consulenza/esame redigere la richiesta come se si trattasse di prestazione interna al Presidio Ospedaliero
5. nella relazione o nella richiesta scrivere con chi sono stati presi gli accordi telefonici

PCR_045: Modifica protocollo trasferimento.

Viste le indicazioni della Joint Commission che prevedono l'individuazione di un medico responsabile del trasferimento;

Poiché non sempre il paziente è accompagnato da un medico;

La classificazione dei pazienti da trasferire è fatta su diversi livelli, due dei quali prevedono l'accompagnamento con il solo infermiere professionale;

Al fine di rendere trasparente e sicuro il trasferimento del paziente in altri nosocomi si rilasciano le seguenti linee guida:

1. In caso di trasferimento di paziente in altro nosocomio, a mezzo ambulanza dell'ASP, deve essere compilata e sottoscritta la scheda allegata ad opera del medico che dispone il trasferimento;
2. Nel caso sia presente un medico accompagnatore, sull'ambulanza, questo medico sarà il responsabile del viaggio;

Nel caso di trasferimento senza necessità di medico a bordo:

3. Se si tratta di trasferimento programmato ed in assenza di medico nell'U.O. che trasferisce sarà il medico di guardia interdivisionale a sottoscrivere la parte della scheda inerente le condizioni del paziente all'atto del trasferimento; il medico che ha programmato il trasferimento compilerà la prima parte della scheda inerente i dati del paziente, la sua destinazione, accordi telefonici e disposizioni inerenti il trasferimento;
4. In caso di presenza del medico che programma il trasferimento sarà lo stesso a completare tutta la scheda.

In ogni caso, il paziente trasferito dal Pronto Soccorso presso altra struttura ospedaliera pubblica o privata, deve essere informato sul trasferimento e sulle sue

motivazioni e, di conseguenza, il paziente o persona da lui delegata deve firmare il consenso informato.

Copia del consenso sarà conservata nel fascicolo del paziente insieme a tutta la documentazione, altra copia seguirà il paziente.

PCR_046: Paziente Anonimo.

Protocollo Paziente Anonimo

Scopo

Si ricorda che i dati anagrafici vengono riportati nelle richieste di esami radiografici ed ematochimici e sul foglio di ricovero.

L'uso di XX o YY come nome o cognome determina delle problematiche nella gestione successiva del paziente.

Quando si conoscono le generalità i programmi gestionali degli altri reparti, infatti, sostituiscono tutte le anagrafiche uguali creando problemi nella successiva gestione dei dati.

Diviene necessario, pertanto, individuare un cognome e nome univoco per il paziente oggetto del problema.

Procedura

Se giunge un paziente in cui non si conosce l'anagrafica, questo dovrà essere gestito con le seguenti modalità:

cognome: Anonimo o anon + il numero della scheda di triage
nome: maschio/femmina (a seconda del sesso)
gli altri dati andranno lasciati vuoti.

Quando si conosceranno i dati anagrafici, oltre ad aggiornare l'anagrafica del programma gestionale del P.S., dovranno essere avvisate le U.O. di Radiologia, Patologia Clinica ed Accettazione Amministrativa, se coinvolte nel trattamento dei dati del paziente.

Infine, sul frontespizio del fascicolo paziente, se non è stato possibile eseguire l'aggiornamento dei dati (es.: paziente dimesso, redazione del referto medico o ricovero), dovrà essere apposto un foglio bianco con scritte le generalità del paziente, per dare la possibilità alla Caso Sala di notare il problema e risolverlo.

PCR_047: Violenza.

DESTINATARI

Medici, Infermieri Professionali ed Operatori Socio Sanitari del Pronto Soccorso
Il Presente protocollo deve essere applicato per tutti i tipi di violenza su minori ed adulti.

TIPI DI VIOLENZA

Violenza fisica: dagli schiaffi ai calci fino al tentato omicidio, comprende anche atti violenti contro oggetti appartenenti al traumatizzato (es. fotografie, vestiti).
Violenza psicologica: umiliazione, denigrazione, persecuzione, minaccia, intimidazione, restrizione della libertà, atteggiamenti accusatori od offensivi, sottrazione del sonno.
Violenza sociale: controllo delle relazioni sociali, imposizioni di orari d'uscita, reclusione, restrizione tramite divieti (es. acquisire la patente di guida), isolamento, stretta correlazione tra violenza e linguaggio.
Violenza sessuale: stupro, costrizione ad assumere determinati comportamenti sessuali o ad assistervi contro la propria volontà.
Violenza economica: sfruttamento come forza lavoro, divieto di svolgere un lavoro retribuito fuori casa, esclusione della gestione delle entrate famigliari, impedimento dell'indipendenza economica, imposizione di impegni finanziari eccessivi.

OBIETTIVI

a. Facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori.
b. Offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all'ascolto, testimonianza del fatto accaduto.
c. Conoscere ed utilizzare informazioni riguardo ai riferimenti legislativi ed agli obblighi di legge previsti per il fatto.
d. Ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale repertato ed inviarlo al centro di raccolta.

AZIONI PREVISTE

1. Accoglienza e protocollo di individuazione.
2. Anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione.
3. Esame obiettivo completo

4. Richiesta di consulenze specialistiche (Visita Ginecologica per la violenza sessuale nella donna/Visita Chirurgica per la violenza sessuale nell'uomo)
5. Informativa all'autorità giudiziaria.
6. Refertazione a favore della vittima in caso di denuncia posposta..
7. Dimissione della vittima o ricovero in regime di degenza.

I punti successivi non sono competenza dell'U.O. di MCAU
1. Acquisizione del consenso al trattamento dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie.
2. Acquisizione delle prove giudiziarie.

FASE 1:
ACCOGLIENZA, PROTOCOLLO DI INDIVIDUAZIONE DELLA VIOLENZA

1.1 IN TRIAGE:

Valutare secondo il protocollo di Triage i soggetti che riferiscono di essere state vittime di violenza o i casi sospetti.

Non parlare con la vittima davanti ad altri utenti.

Verificare chi è l'accompagnatore e **non porre le domande** davanti a lui.

Nel dubbio segnalare al medico di sala con telefonata o **accompagnare direttamente** il/la paziente in sala di visita.

La vittima non deve restare troppo ad attendere in atrio, ma essere accompagnata al più presto in ambulatorio, assistita da un'infermiera (preferibilmente dello stesso sesso) e da sola. Deve essere sempre informata su come procederà la visita e le verrà sempre chiesto il consenso su qualunque accertamento a cui verrà sottoposta. (Tenere presente che può anche rifiutarli!)

1.2 IN SALA VISITA:

Massima attenzione all'ambiente ed alla riservatezza.

Atteggiamento degli operatori, rassicurante, disponibile all'ascolto, non frettoloso.

Presenza dei soli operatori necessari del servizio con esclusione di ogni altra persona.

Esecuzione delle procedure e degli spostamenti strettamente necessari.

Offrire spiegazioni su tutto l'iter della visita (anamensi ed esame obiettivo) , degli esami ematochimici e strumentali e della refertazione.

Se non si dispone della privacy necessaria cercare se possibile uno studio adeguato.

FASE 2

Consenso al trattamento dei dati (nostra scheda di triage firmata).

Il consenso al trattamento dei dati personali è esattamente lo stesso per tutti gli utenti del Pronto Soccorso e non è subito necessario nelle situazioni di urgenza. art. 10 legge 675 31/12/1996 e seguenti.

FASE 3, 5 e 6
STORIA MEDICA DELLA VITTIMA ED INFORMAZIONI SULL'AGGRESSIONE E REFERTO MEDICO

Visitare il/la paziente e descrivere le lesioni riscontrate nella maniera più accurata possibile.

Avvisare eventuali consulenti necessari.

• L'anamnesi deve essere focalizzata su ciò che è importante dal punto di vista medico.
• Le domande devono essere formulate in maniera diretta sull'accaduto.
• Nel porre le domande il medico deve essere empatico e saper esprimere disponibilità e protezione.
• anamnesi remota (malattie pregresse, terapie in atto, allergie, se e quale contraccezione)
• Riguardo la violenza subita, farsi riferire:
- data, ora e luogo della violenza
- numero degli autori della violenza
- se c'è stato uso di forza
- se c'è stata penetrazione
- tipo di penetrazione subita (vaginale, rettale, orale)
- tipo di rapporto con il violentatore (nel caso in cui la vittima lo conosca)

I vestiti, se il/la paziente viene spogliata andranno raccolti, ciascuno in un contenitore separato e poi tutti insieme racchiusi in un unico contenitore, che sarà sigillato e consegnato alle forze dell'ordine.

Nel contenitore, previo imbustamento, sarà inserito, anche, il lenzuolo su cui il/la pz. si è coricato/a.

L'Esame obiettivo deve essere il più possibile dettagliato possibile, procedendo in modo razionale dalla testa ai piedi e riportando ogni minimo segno o lesione riscontrato, cercando di datarlo.

In particolare, ricercare:

- ecchimosi, contusioni, abrasioni, escoriazioni, lividi, ferite
- soffusioni emorragiche, lesioni petecchiali, morsi
- ricercare ogni punto dolente e/o dolorabile su torace, addome e arti
- controllare il cavo orale alla ricerca di abrasioni e ematomi sottomucosi del palato
- non esaminare i genitali, a meno di gravi lesioni
- se possibile fotografare le lesioni più vistose ed importanti.

Compilazione del referto cercando di essere il più precisi possibile circa luogo, numero degli aggressori e circostanze.

Segnalare nel referto se la vittima, dopo l'aggressione e prima di giungere in Pronto Soccorso, si sia lavata (docce, irrigazioni vaginali, pulitura denti) o ha cambiato abiti e biancheria.

Si ricorda che esiste obbligo di referto (è un giudizio tecnico diagnostico-prognostico) in tutti i delitti procedibili di Ufficio (omissione di referto art 365 c.p.) e che la trasmissione deve avvenire nel più breve tempo possibile.

<u>Chiamare la Polizia ed avvertire del problema.</u>

Si ricorda che il procedimento previsto in questo punto deve essere applicato nei seguenti casi:

- Maltrattamenti in famiglia o verso minori (art. 572 c.p)
- Se la vittima presenta lesioni per le quali è prevista la procedibilità d'Ufficio:

· Lesione personale lieve (prognosi > 20 gg) (art 582 c.p.);

· Lesione personale grave (se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa o una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per più di 40gg, o l'indebolimento permanente di un senso o di un organo); (art 583 c.p.)

· Lesione personale gravissima (se dal fatto deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo o della sua funzione, della capacità di procreare, difficoltà permanente e grave della parola, deformazione o sfregio permanente del viso) (art 583-590 c.p.)

- Se la vittima pur con prognosi inferiore a 20 giorni è stata colpita con armi o sostanze corrosive (art. 585 c.p.).

- Quando vi sia abbandono di minore o di incapace (es.anziano invalido) (art 591 c.p.).
- Quando vi sia stata omissione di soccorso (art 593 c.p.).
- Quando vi sia stata violenza privata (art 610 c.p.).
- Quando vi sia stato sequestro di persona (art.605 c.p.) da intendersi come privazione della libertà personale.
- Quando sia stata procurata incapacità a seguito della violenza diversa da quella fisica (shock postraumatico) o a seguito di somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti (art. 613 c.p.).
- Violenza commessa da/o a pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (artt.336,337 c.p., artt.610 e 61 c.p.).
- Violenza commessa insieme con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio (rapina, sequestro di persona).
- Minaccia grave o commessa con armi o da più persone riunite (art.612, 2°comma c.p.).
- Quando la vittima è minore di 18 anni nei soli casi in cui il fatto è commesso senza il suo consenso (con minaccia , violenza, abuso di autorità o delle sue condizioni di inferiorità psichica, fisica o traendola in inganno).

ATTENZIONE le due circostanze in cui il non aver redatto il referto, non costituisce reato, non si applicano in Pronto Soccorso, ma sono valide solo per i liberi professionisti/studi privati:
a) se esso espone la persona assistita a procedimento penale (comma 2 art 365 c.p.);
b) in ragione della necessità del sanitario di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore (art 384 c.p.).

FASE 4

Trattamento delle lesioni fisiche riscontrate

• Suture, medicazioni e eventuale profilassi antitetanica
• Eventuali esami di laboratorio e strumentali (Rx, ecografia, TAC)

Invio in consulenza

Il/la paziente, quindi sarà inviata in consulenza ginecologica/chirurgica/urologica secondo necessità.

Successivamente, se il/la paziente non viene ricoverata e ci sia un rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore e non siano trascorse più di 72 ore dall'aggressione consulenza in malattie infettive o

Profilassi antibiotica

Lo schema consigliato:

AZITROMICINA 1 gr per os o TETRACICLINA 100 mg 1 cp x2 / die x 7 giorni

CEFTRIAZONE 250 mg 1 fl i.m

METRONIDAZOLO 2 gr per os

Se sono presenti ferite sporche: **profilassi antitetanica**

Consigliata la vaccinazione antiepatite B

Profilassi HIV

FASE 7: DIMISSIONI DELLA VITTIMA O RICOVERO IN DEGENZA

Prima di dimettere controllare il percorso ed in particolare:

1) referto medico
2) consulenze e prescrizioni in dimissione
3) necessità di ulteriori esami
4) invio presso psicologo

Bibliografia

1. Protocollo violenza sulle donne – Regione Piemonte
2. Protocollo violenza sulle donne e sui minori – Regione Lazio

PCR050: Consenso Informato in P.S.

Il consenso informato in Pronto Soccorso non è una prassi abituale poiché, anche, secondo le norme di legge, in emergenza il ricorso al consenso non è praticabile poiché cozza con la necessità di interventi rapidi.

In Pronto Soccorso la richiesta di consenso informato è sicuramente presente:

1) al Triage per ticket

Quando

Durante la raccolta dei dati anagrafici l'infermiere ha il compito di avvertire l'utente sulla possibilità che venga fatto pagare il ticket alla dimissione.

Sono esclusi dalla procedura di concedere il consenso informato i pazienti con alterazione dei parametri vitali, incapaci di fornire un valido consenso.

Comunicazione di alternative

L'infermiere dovrà fornire, oltre alla comunicazione della possibile attribuzione del codice, anche, l'indicazione di altre strutture cui è possibile rivolgersi per i sintomi dichiarati dal paziente (medico di famiglia, guardia medica, PPI).

Obblighi

In caso di sintomi presenti nell'apposito protocollo, l'infermiere invierà il pazinte al P.P.I. secondo i protocolli vigenti.
Apposite comunicazioni sono presenti sul foglio di triage.

2) Al Triage per comunicazione del referente cui comunicare eventuali dati sensibili

Quando

A tutti i pazienti deve essere fornita la possibilità di comunicare se e a chi comunicare notizie sul proprio stato di salute.

PCR051: Protocollo Uso Massaggiatore Cardiaco Esterno

La procedura è rivolta a medici ed infermieri dell'MCAU
Obiettivo il corretto uso del massaggiatore cardiaco esterno senza perdita di tempo assistenziale per il paziente.
Vantaggi

1. esecuzione di un massaggio cardiaco esterno continuo
2. con compressioni toraciche sempre uguali
3. minor stanchezza degli operatori
4. garanzia di un flusso cardiaco continuo con PAO di 30mmHg circa
5. recupero di un operatore per l'assistenza al paziente
6. ovvero, traducendo, migliore assistenza
7. da notare che durante i 25'' necessari per montare il massaggiatore non devono essere interrotte le manovre rianimatorie
8. le brevi soste necessarie per montare l'attrezzo sono ampiamente compensate dai vantaggi che l'uso del massaggiatore comporta

n.b.: si parla di soccorritore e non di medico o infermiere poiché entrambe le figure possono eseguire, indifferentemente, le manovre descritte.
Il presente protocollo si inserisce ed integra il protocollo gestione infermieristica del codice rosso al punto "G".

1. Un secondo soccorritore prende il massaggiatore e lo porta nella stanza ove si trova il pz in arresto cardio circolatorio

2. Il secondo soccorritore prepara la tavola da porre sotto le spalle del paziente
3. Chi esegue il massaggio cardiaco (1' soccorritore) interrompe momentaneamente il massaggio ed aiuta il secondo soccorritore nel posizionamento della tavola sotto il torace e
4. Riprende l'esecuzione del massaggio cardiaco esterno
5. Il 2' soccorritore prende il motore del massaggiatore e lo fissa alla tavola già posta sotto il torace ascoltando i due click)a dx e a sin) che indicano il corretto posizionamento del motore. Durante queste operazioni il massaggio cardiaco non deve essere interrotto!
6. Viene acceso il massaggiatore (se non era stato fatto prima), viene interrotto il massaggio cardiaco
7. viene schiacciato il 1' pulsante per mobilizzare il pistone del massaggiatore cardiaco
8. viene posizionata la ventosa sul torace
9. viene schiacciato il 2' pulsante per memorizzare la posizione iniziale del pistone
10. viene schiacciato il 3' pulsante scegliendo se far eseguire il ritmo 30;2 ovvero il massaggio cardiaco continuo
11. si fissa la cinghia di stabilizzazione, dopo averla fatta passare dietro la parte bassa del collo del paziente, collegandola agli appositi raccordi posti sulle branche laterali del massaggiatore cardiaco
12. si tirano le cinghie per evitare movimenti di bascullazione del massaggiatore
13. riprendere il protocollo gestione infermieristica del codice rosso
14. Il massaggiatore cardiaco sarà fermato in caso di ripresa dell'attività cardiaca meccanica ovvero in caso di exitus

Note

1. Sulle branche laterali del massaggiatore cardiaco sono presenti due cinghie, una per lato, con chiusura a strappo, utili per fissare le braccia del paziente nel caso in cui il paziente venga trasportato in altra stanza/U.O. ed evitare che gli arti del paziente pensolino fuori dalla barella con possibilità di traumatizzazione.
2. Il personale è stato istruito, con simulazione su manichino, all'uso dell'attrezzo.

3. Chiunque vuole può ripetere il corso pratico, nelle mattine di presenza del Direttore o della Capo Sala dell'U.O. e può essere supervisionato dagli stessi.
4. Esiste un filmato dimostrativo visibile su intranet in corsi e linee guida-lezioni infermieri-uso del massaggiatore cardiaco esterno
5. si suggerisce di ripetere la simulazione almeno una volta al mese (tutti sia medici che infermieri e, su base volontaria, Oss ed Aus)

errori possibili:

1. **sgancio del motore dalla tavola posteriore**:

la conseguenza è uno spostamento del motore senza compressione toracica
azione:
spegnere immediatamente il massaggiatore,
riprendere il massaggio cardiaco manuale
ricominciare dal punto 5

2. **mal posizionamento del pistone sul torace**

si osserva un torace compresso in modo anomalo con conseguente insufficiente massaggio cardiaco
azione:
spegnere immediatamente il massaggiatore,
smontarlo dalla piastra posteriore
riprendere il massaggio cardiaco manuale
ricominciare dal punto 3

PCR052: procedura trasferimento paziente in cardiochirurgia ISMETT

Facendo seguito alle riunioni intercorse con l'ISMET di Palermo si trasmette il protocollo per l'invio di pazienti presso tale U.O.

Tipologia di pazienti: pazienti cardiochirurgici, tra cui di maggior impatto per il P.S. le dissecazioni e l'aneurisma dell'aorta toracica.
L'aorta addominale di norma non è competenza del cardiochirurgo.
Procedura di trasferimento paziente già studiato:

1. contattare il cardiochirurgo ISMET (tel.0912192111- 3357000453)
2. inviare richiesta di trasferimento per fax 0912192244 (modello allegato
3. compilare il consenso informato al trasferimento
4. compilare il foglio condizioni cliniche del paziente

5. dopo aver ricevuto l'OK telefonico inviare il paziente con il mezzo ritenuto più idoneo
6. nel futuro sarà possibile inviare via web le immagini

n.b. la richiesta di trasferimento, nel caso di difficoltà all'invio via fax, può accompagnare il paziente; dovrà ritornare firmata dal medico dell'ISMETT per essere inserita nel fascicolo paziente

Procedura di trasferimento paziente non studiato

1. Contattare il centro più vicino in grado di completare l'iter diagnostico (Villa Sofia/Cervello)
2. Compilare il consenso informato al trasferimento
3. Compilare il foglio condizioni cliniche del paziente
4. Dopo aver ricevuto l'OK telefonico inviare il paziente con il mezzo ritenuto più idoneo

PCR053: Frattura Anca over 65

1. Scopo

Il paziente anziano con frattura d'anca necessita, sempre, di intervento chirurgico per il trattamento di tale lesione.

Poiché si è osservata una proporzione diretta fra tempo pre operatorio ed esiti diviene necessario accorciare i tempi d'intervento e riportarli nella media nazionale.

2. Campo di applicazione

Sono interessati al presente protocollo i medici per quanto riguarda l'attivazione del protocollo, gli infermieri per il trasporto di tali pazienti in altro nosocomio.

3. Modalità di Gestione del Paziente

Il paziente con sospetta o accertata frattura d'anca ed età superiore a 64 anni deve essere sottoposto, come tutti i pazienti con sospetta frattura d'anca ad

- Rx bacino, anca e torace

Stabilita la presenza della frattura d'anca o nel caso di sua evidenza clinica deve eseguire:

- Ecg e visita cardiologica
- Esami ematochimici (routine Chirurgica)
- Consulenza ortopedica (anche telefonica) presso la locale U.O. di Ortopedia

Se l'ortopedico dichiara che il paziente non può essere accolto presso l'U.O. di Ortopedia

- Avvertire l'U.O. di Castelvetrano dell'imminente trasferimento del paziente
- Compilare il consenso informato e farlo firmare al paziente o ai suoi accompagnatori insistendo sulla necessità dell'intervento chirurgico e sul motivo del trasferimento (esecuzione dell'intervento entro 48 ore)
- Compilare il modulo delle condizioni cliniche del paziente all'atto del trasferimento ed indicare l'eventuale necessità di medico e scrivervi con chi si è preso accordi
- Chiamare il personale reperibile dell'ambulanza ed inviare, insieme al paziente, tutte le indagini diagnostiche eseguite
- Copia del consenso informato al trasferimento e del modulo delle condizioni cliniche del paziente devono essere allegate al fascicolo che resta in MCAU

PCR054: Gestione interna farmaci

1. SCOPO

Lo scopo del protocollo è quello di uniformare le modalità attraverso le quali tutto il personale del Pronto Soccorso, eseguendo le attività di propria competenza, gestisce i farmaci e le soluzioni in dotazione, per quanto riguarda tutti gli aspetti inerenti a :

- approvvigionamento
- controllo scadenze
- controllo quantitativo
- pulizia degli armadi
- somministrazione

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo protocollo si applica alle attività svolte dal Caposala, dal personale infermieristico e ausiliario del Pronto Soccorso.

3. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità per la gestione dei farmaci sono così distribuite:

RESPONSABILITA'	ATTIVITA'
CAPO SALA	Coordina le attività attraverso la gestione delle risorse umane e materiali, degli approvvigionamenti, delle informazioni e comunicazioni. Effettua il controllo e la verifica dei processi. Delega attività in caso di assenza.
INFERMIERE RESPONSABILE DEL TURNO	Gestisce su delega l'armadio dei farmaci. Effettua attività di controllo e verifica.
AUSILIARI	Svolgono attività di pulizia e disinfezione degli armadi dei farmaci

4. MODALITÀ DI GESTIONE DI FARMACI E SOLUZIONI

I farmaci vanno custoditi sempre, nella confezione originale, dove sono riportati il n° di lotto e la scadenza, per lo stesso motivo non devono essere tagliati i blister delle compresse e le fiale non devono essere poste al di fuori dello scatolo di appartenenza.

I farmaci sono conservati nell'armadio delle sale urgenze, nel frigo, nella cassettiera del carrello di emergenza.

Le soluzioni sono conservate nei cassetti dei carrelli posti nelle sale visita. Il loro deposito si trova nel locale sito in fondo al corridoio degenza.

Le quantità e le disposizioni negli armadi sono elencati nella check list allegata al presente protocollo.

Le attività inerenti si esplicano attraverso i seguenti sottoprotocolli:

- Gestione dei farmaci/soluzioni e delle scorte;
- Lavori notturni;
- Controllo scadenze;

4.1 GESTIONE DEI FARMACI/SOLUZIONI E DELLE SCORTE

L'obiettivo è di avere a disposizione, in caso di necessità, tutti i farmaci/soluzioni necessari, nonchè quello di evitare giacenze eccessive e/o la presenza di prodotti scaduti.

Le richieste dei farmaci/soluzioni sono effettuate dal Capo Sala, o dal suo sostituto, secondo la procedura aziendale in uso.

Eventuali carenze sono segnalate verbalmente dall'infermiere responsabile del turno o direttamente segnate nel blocco richieste farmaci/soluzioni.

La richiesta dei farmaci va compilata e inviata, salvo diverse direttive del Servizio Farmaceutico,entro il sabato per i farmaci, entro il mercoledì per il materiale sanitario. Per gli stupefacenti si rimanda al protocollo della farmacia.

La consegna dei farmaci/soluzioni viene effettuata il lunedì, il materiale sanitario il giovedì dal personale del Servizio Farmaceutico.

La richiesta di farmaci ad esclusivo uso dell'U.O. (farmaci e prodotti specialistici), viene effettuata su apposita modulistica consegnata alla Farmacia previa autorizzazione della Direzione Sanitaria.

Il materiale specialistico viene ritirato dal personale dell'U.O. dopo comunicazione del suo arrivo da parte del personale della Farmacia.

4.2 Esecuzione

Il controllo dei farmaci viene fatto dal responsabile del turno, alle ore 7, salvo problemi cogenti al momento e compilando apposita check-list per il controllo delle attrezzature e dei farmaci.

Al termine del rifornimento, le quantità prelevate dal deposito per rifornire le sale visita andranno scaricate dall'apposito programma informatico.

Eventuali carenze di un farmaco andranno segnalate verbalmente e attraverso la check list alla Capo Sala.

La Capo Sala effettua dei controlli una tantum apponendo la firma sulla check-list stessa. Le check-list del mese in corso sono poste in un raccoglitore in plastica trasparente all'interno dell'armadio stesso.

Successivamente saranno conservate dalla Capo Sala per mesi tre.

4.3 CONTROLLO SCADENZE

Il controllo delle scadenze dei farmaci segue una periodicità mensile per ogni sito in cui sono presenti, secondo apposito calendario.

La Caposala terrà un' "agenda" ove verranno registrati i prodotti in scadenza.

L'I.P. responsabile del turno, ogni fine mese controllerà se sono presenti prodotti in scadenza, li toglierà dai luoghi di deposito e li consegnerà alla Caposala per il trattamento previsto dalle linee guida aziendali.

4.4 RESTITUZIONE FARMACI/SOLUZIONI SCADUTI

I farmaci/soluzioni scaduti vanno scaricati nel registro apposito, situato nel 3° cassetto, sotto la scrivania della stanza della capo sala. La resa dei farmaci/soluzioni scaduti va fatta secondo le linee guida della farmacia.

5 GESTIONE DEI FARMACI STUPEFACENTI E SOMMINISTRAZIONE

L'obiettivo è di avere a disposizione, in caso di necessità, tutti i farmaci stupefacenti necessari, nonché quello di evitare giacenze eccessive e/o la presenza di prodotti scaduti.

La somministrazione del farmaco stupefacente va fatta previa prescrizione medica.

L'Infermiere che somministra il farmaco ha l'obbligo di compilare il foglio di segnalazione uso farmaco stupefacente o sottoposto a farmacosorveglianza.

Il registro carico e scarico, verrà aggiornato dalla Caposala sotto la supervisione del Direttore dell'U.O. e dovranno essere annotate su tale registro: data, il nome del paziente, la diagnosi, il n° di fiale e la quantità di farmaco somministrato, la giacenza ed il numero di uscita dal P.S. (n° di scheda di dimissione o di ricovero o di scheda triage), successivamente apporrà la propria firma.

Tale registro si trova nella cassaforte sita nella stanza della Caposala.

Nella spiacevole ipotesi che una fiala si rompa, va scaricata come fiala rotta ed i resti verranno consegnati alla Capo Sala per eventuali controlli.

5.1 APPROVVIGIONAMENTO E CONSERVAZIONE

Le richieste dei farmaci stupefacenti sono effettuate dalla Capo Sala su un bollettario di approvvigionamento intestato al servizio in tre copie, conforme al modello stabilito dal Ministero della Salute e firmato dal Direttore dell'U.O.

La Caposala compila la richiesta, il medico la firma, ed un incaricato la porta in Direzione Sanitaria per l'autorizzazione il martedì o venerdì dalle ore 11.00 alle ore 12.30. Da qui la richiesta viene portata in farmacia dalla Capo Sala o persona delegata ufficialmente (sostituto della Capo Sala, oggi i.p.Fazio).

Il farmacista, controllata la richiesta, appone la data, firma le cedole del bollettario e consegna il farmaco dopo aver controllato l'integrità del contenuto.

La Capo Sala firmerà il registro della farmacia per avvenuta consegna.

La consegna dei farmaci stupefacenti viene fatta il martedì ed il venerdì dalle ore 12.30 alle ore 13.30.

La Capo Sala firma la matrice della richiesta e porta il bollettario e il farmaco in Pronto Soccorso.

I farmaci stupefacenti vengono conservati in una cassaforte chiusa a chiave situata nella stanza della Caposala e caricati sull'apposito registro di carico e scarico farmaci stupefacenti / sottoposti a farmaco vigilanza.

Gli stupefacenti ed i farmaci sottoposti a farmaco vigilanza a disposizione delle sale visita sono posti nell'apposito comparto chiuso a chiave dell'armadio farmacia della Sala A.

La gestione della chiave dell'apposito armadio è a cura dell'I.P. responsabile del turno.

Le benzodiazepine fiale ed il K Cl vengono assimilate ai farmaci sottoposti a vigilanza per disposizione del Direttore U.O.

5.2 CONTROLLO SCADENZE

Il controllo delle scadenze dei farmaci segue una periodicità mensile, secondo un apposito calendario, come da punto precedente dei farmaci.

5.3 RESTITUZIONE FARMACI STUPEFACENTI SCADUTI

I farmaci scaduti vanno registrati su apposito bollettario intestato al servizio in tre copie, firmato dal medico e autorizzato dalla Direzione Sanitaria.

La restituzione dei farmaci stupefacenti scaduti viene fatta previo contatto telefonico con la farmacia e seguendo le disposizioni vigenti al momento.

6. GESTIONE DEGLI ARMADI

Regole generali nell'uso dei farmaci e materiale sanitario con scadenza:

1) quando si apre una scatola di farmaco togliere una parte dello scatolo visibile, senza rimuovere il numero del lotto e/o la scadenza;

2) non inserire nella scatola altro materiale poiché la scadenza e/o il lotto potrebbero essere diverse rispetto allo scatolo da cui sono state prelevate;
3) il materiale rifornito (aggiunto) deve essere posto dietro il materiale già presente. In tal modo la scadenza più recente sarà posta sempre davanti e quindi usata prima;
4) di conseguenza prendere sempre le scatole che stanno davanti;
5) quando si apre una confezione multi dose o comunque un flacone che non verrà consumato completamente, per un paziente, scrivere con pennarello ed in modo visibile la data del primo utilizzo;
6) in caso di flacone aperto senza possibilità di risalire al momento di apertura, smaltire il flacone secondo protocollo (consegnarlo alla Capo Sala e smaltirlo come i farmaci scaduti) e non utilizzarlo;

7. FARMACI AD ALTO RISCHIO E CLORURO DI K:

Le soluzioni contenenti potassio (**K**) per uso e.v. devono essere prescritte, secondo la Farmacopea Ufficiale, per il trattamento delle deficienze di K quando la reintegrazione per via orale non è possibile.

Le soluzioni concentrate di potassio devono essere conservate insieme ai farmaci sottoposti a sorveglianza ed agli stupefacenti e deve essere presente esplicita indicazione esterna del contenuto e con la specifica dicitura:

"Attenzione: diluire prima dell'uso endovenoso, perché altrimenti mortale"

Gli operatori devono prelevare le fiale solo al momento dell'impiego, e leggerne sempre attentamente l'etichetta nelle fasi di preparazione, diluizione e somministrazione.

Va assolutamente evitato di tenere le confezioni inutilizzate sul carrello dei farmaci o comunque in posti ove possano essere utilizzati accidentalmente.

Per la ricostituzione della soluzione, ricordare che:

- il K Aspartato va diluito in soluzione Fisiologica;
- **il KCl va diluito con soluzione di Glucosio al 5% o Fisiologica e altre soluzioni di largo volume, purchè compatibili;**
- il K Fosfato va diluito con soluzione di Glucosio al 5% o Fisiologica e altre soluzioni di largo volume, purchè compatibili.

La preparazione deve avvenire effettuando in modo corretto i seguenti passaggi:

- l'identificazione del prodotto contenente K (dosaggio da somministrare);
- il calcolo della diluizione;

¤ la miscelazione dei preparati occorrenti (previa individuazione della soluzione da infondere).

- La soluzione ottenuta va agitata per assicurarsi che il Potassio sia uniformemente diluito;
- controllare che la stessa sia limpida, incolore e priva di particelle.

Appena ultimata la preparazione, deve essere apposta su di essa un'etichetta autoadesiva con chiara descrizione del prodotto e la sua concentrazione.

Si procede al trattamento solo dopo aver verificato la correttezza della preparazione, nonché l' identità del paziente, nel rispetto delle norme di Buona Pratica Clinica.

Il deficit di K viene calcolato secondo la seguente formula:

<u>deficit di K in mEq da somministrare = (4,5 - K attuale) x LEC (20% peso corporeo).</u>

- La precisione della somministrazione è assicurata con l'utilizzo di pompa d'infusione o gocciolatore di precisione.
- Nella somministrazione per via endovenosa periferica è consigliabile che la velocità di infusione di potassio sia di 20 mEq/ora.
- **Nei pazienti pediatrici la velocità massima di infusione non deve superare 0,3 mEq/kg/ora.**
- La massima concentrazione di potassio raccomandabile nelle somministrazioni per via **periferica** è di 60 mEq/Litro (ad esempio soluzione fisiologica da 500 ml con una fiala di K flebo da 30 mEq/10ml)
- **la durata di infusione non deve essere inferiore alle due ore.**
- La somministrazione per via endovenosa **centrale** rende possibile la somministrazione di potassio a concentrazioni e/o velocità maggiori a 80 mEq/L e 20 mEq/ora con utilizzo di una pompa di infusione.
- Dopo la diluizione, la somministrazione deve essere effettuata immediatamente.

Per ogni paziente occorre assicurare :

• Monitoraggio della potassiemia;

• Monitoraggio della frequenza e del ritmo cardiaco (secondo indicazione del medico prescrittore);

• Verifica del mantenimento della perfusione ad intervalli opportuni.

Precauzioni:

a) Infusioni troppo rapide possono causare dolore locale;

b) La velocità d'infusione deve essere regolata in rapporto alla tolleranza: una velocità eccessiva si associa a cardiotossicità.

C) LE FIALE DI CALCIO GLUCONATO AL 10 % POSSONO ESSERE USATE COME ANTIDOTO DELL'EVENTUALE IPERPOTASSIEMIA IATROGENA.

La documentazione sanitaria di ogni paziente trattato deve sempre assicurare la tracciabilità di tutti gli elementi oggettivi della terapia mediante la registrazione dell'avvenuta somministrazione.

Devono essere indicati anche:

1. Dose, via, velocità, data ora di inizio e di fine dell'infusione

2. Generalità e firma dell'Infermiere che ha iniziato e terminato l'infusione

8. REGOLE SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

1) evitare la prescrizione verbale e pretendere sempre una prescrizione scritta
2) qualora per motivi di urgenza/emergenza non fosse evitabile la prescrizione verbale, ripetere il nome del farmaco prescritto verbalmente al fine di confermare quanto prescritto;
3) in caso di farmaci con nome simile o confondibile farsi confermare il nome e cercare di chiarire l'uso;
4) nella scheda infermieristica (compilabile, anche dal medico) farsi prescrivere il farmaco in modo da poter controllare, leggendo, se si è ben compreso;
5) si fa divieto di preparare soluzioni estemporanee non previste dalla farmacopea internazionale (es.: anestetico locale con bicarbonato di Na).

9. Check list

1) Copia della chek list farmaci e materiale si trova su tutti i computer dell'U.O. andando attraverso l'icona "protocolli e linee guida", nella cartella "moduli".
2) Da tale cartella si potrà stampare la check list
3) Le modifiche alla check list, come per il resto della modulistica avverrà:

- In caso di modifiche semplici ed intuitive attraverso il semplice aggiornamento della check list
- In caso di modifiche del protocollo o di modifiche complesse dopo riunione di audit sull'argomento

10 Siero Antiofidico

Nel frigo farmaci è presente una fiala di siero antiofidico.

Tale siero può essere utilizzato in P.S. o consegnato ad altre strutture dell'ASP che ne facessero richiesta.

Di norma la consegna deve essere autorizzata dalla Farmacia Ospedaliera o da quella dell'ASP.

In caso di uso si deve provvedere a comunicare tempestivamente alla Capo Sala il fatto per un rapido reintegro del materiale, anche se la richiesta proviene dalla Farmacia Ospedaliera.

Acronimi

abbreviazione	dizione
a.l.s.	advanced live support
abc	vie aeree, respiro, attività cardiaca
abcd	vie aeree, respiro, attività cardiaca, sistema nervoso
ant.	anteriore
ASP	azienda sanitaria provinciale
Aus	Ausiliario
Aut	autista
b.l.s.	basic live support
b.l.s.-d	basic live support - defibrillatore
c.e.	corpo estraneo
cup	centro unificato prenotazioni
dae	defibrillatore (semi)automatico
dx	destro
e.g.a	emo gas analisi
e.v.	endo vena
ecg	elettrocardiogramma
eco	ecografia
eeg	elettro encefalo gramma
egdscopia	esofago gastro scopia
emg	elettromiografia
f.a.	fibrillazione atriale
f.l.c.	ferita lacero contusa
f.v.	fibrillazione ventricolare
fans	antidolorifici non steroirdei
ferita l.c.	ferita lacero contusa
g.b.	globuli bianchi
g.c.s.	glasgow coma score

G.R.	globuli rossi
i.m.	intra muscolo
i.m.a.	infarto miocardico acuto
inf.	inferiore
insuff.	insufficienza
ira	insufficienza renale acuta
IRC	Italian Resuscitation Council
irc	insufficienza renale cronica
i.t.	Infermiere Triagista
kcl	cloruro di potassio
kmg	cloruro di magnesio
l.m.a.	maschera laringea
m.u.e.	meato uditivo esterno
MCAU	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
O.M.A.	Otite Media Acuta
oo	entrambi gli occhi
os	bocca
OSS	Operatori Socio Sanitari
OTA	Operatori Tecnici Assistenziali
p.-a.l.s.	pediatric advanced live support
p.-b.l.s.	pediatric basic live support
p.e.a.	attività cardiaca elettrica senza attività meccanica (polso)
p.l.	posto letto
p.p.i.	presidio primo intervento
p.t.a.	presidio territoriale assistenza
pa	pressione arteriosa
pao	pressione arteriosa omerale
paz.	paziente
pnx	pneumotorace
post.	posteriore
pz	paziente
r.g.e.	reflusso gastro esofageo
rcp	rianimazione cardio polmonare
RSA	Residenze Sanitario Assistenziali
s.c.	sotto cute
s.n.g.	sondino naso gastrico

sat	saturazione
sn	sinistro
ssn	servizio sanitario nazionale
sup.	superiore
sx	sinistro
t.i.a.	accidente cerebro vascolare ischemico transitorio
t.p.s.	tachicardia parossistica sopraventricolare
t.t.	tibiotarsica
t.v.	tachicardia ventricolare
tac	tomografia assiale computerizzata
tc	temperatura corporea
U.O.	unità operativa
U.O.C.	unità operativa complessa
UO	Unità operativa
UTIC	Unità di terapia intensiva coronarica
UTIN	Unità di terapia intensiva neonatale
vvff	vigili del fuoco
vvuu	vigili urbani